

記入例

様式

高校生等医療費等助成金交付申請書

令和 7 年 2 月 2 日

対象となるお子様の
父または母が申請してください。
※振込口座の名義人と同一にしてください。

所 成田市 花崎町 7777-7

等々の住所

申請者

※申請者と同一の住所を記入不要

(保護者)

氏 名 花崎 一郎

電 話 番 号 090-9999-9999

高校生等医療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

高校生等	フリガナ	ハナザキ モモコ		受給者番号	3	3	3	3	3	3	3
	氏 名	花崎 桃子		生年月日	平成20年 3 月 3 日						
	他 制 度 適 用	1 母子家庭・父子家庭等医療費等助成 2 重度心身障害者医療費助成 3 その他 ()									
世帯構成	氏 名		続柄		氏 名		続柄				
	1	花崎 一郎	父	5							
	2	花崎 花子	母	6							
	3	花崎 梅子	祖母	7							
	4			8							
加入医療保険	1 国民健康保険 ② 健康保険組合 3 共済組合 4 国保組合 5 船員保険 6 その他 ()										
	附加給付等		③ 有 ・ 無								
	自己負担限度額 25000 円 (1000 円未満切捨て)										
振込先	金融機関名		千葉 ④ 銀行 農協・信用金庫								
	別		花崎町 本店・⑤ 支店 支所								
	別		⑥ 普通 ・ 当座								
	口座番号		3333333								
	フリガナ		ハナザキ イチロウ								
	口座名義人		花崎 一郎								

上に記入したお子様を除いた
世帯員全員を記入してください。

お子様が加入している医療保険の
種別に○をつけてください。

必ず申請者名義の口座を
記入してください。

各項目を確認し、チェックと
枚数の記入をしてください。

【確認欄】該当する内容に☑を入れてください。

学校等での負傷等による領収書が含まれていない	☒ はい ☐ いいえ
領収書の原本返却について	☐ 希望する ☒ 希望しない
提出する領収書の枚数	10 枚