

子ども医療費等助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市

申請者
(保護者)

氏 名

電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

子 ど も	フリガナ		性別	受給者 番 号					
	氏 名		男・女	生年 月日		年	月	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 ()			学 年 等	1 乳幼児 2 小学校 3 中学校	年 生	年 生	
世 帯 構 成	氏 名		続 柄	氏 名		続 柄			
	1			5					
	2			6					
	3			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	有 ・ 無 自己負担限度額 円 (円未満切捨て)							
振 込 先 口 座	金融機関名	銀 行 本店・支店 信用金庫 支所 農 協 (店番号) 出張所							
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

【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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
領収書の原本返却について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
提出する領収書の枚数	枚