

記入例

子ども医療費等助成金交付申請書

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。

令和 7年 2月 2日

住 所 成田市 花崎町7777-7

申請者
(保護者)

氏 名 花崎 一郎

電話番号 090 - 9999 - 9999

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	ハナザキ タロウ		性別	3 3 3 3 3 3 3						
	氏 名	花崎 太郎		男・女	生年月日	H25年 2月 2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 6 年生 3 中学校 年生					
世 帯 構 成	氏 名		続 柄	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。							
	1	花崎 一郎	父								
	2	花崎 花子	母	6							
	3	花崎 梅子	祖母	7							
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	① 有 ・ 無 自己負担限度額 25000円 (1000円未満切捨て)									
振 込 先 口 座	金融機関名	千葉		銀行	花崎町			本店・支店 支所 出張所			
	預金種別	① 普通 ・ 当座		口座番号	3 3 3 3 3 3 3						
	フリガナ	必ず申請者名義の口座を 記入してください。 ハナザキ イチロウ 花崎 一郎									

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。

【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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 希望しない
提出する領収書の枚数	10 枚

各項目を確認し、チェックと
枚数の記入をしてください。