

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

南房総市長 宛

申請者（保護者）
 住所 南房総市谷向100番地
 氏名 北 春子 北印
 電話 0 470-36-1153

子ども医療費の助成を受けたいので、南房総市子ども医療費助成に関する条例施行規則第6条第1項に基づき申請します。

受給者番号	8000000		
ふりがな	みなみ はなこ	男・女	生年月日 平成15年4月1日
子どもの氏名	南 花子		
加入医療保険	保険者名	南房総市	
	記号	43	番号 7000000
	資格取得年月日	平成20年3月3日 ※子どもの取得日を記入してください。	
	高額療養費	有 無 自己負担限度額 円 円未満切捨て ※有の場合は、自己負担限度額を記入してください。	
	付加給付	有・無 () ※有の場合は、内容を記入してください。	
振込口座	金融機関名	千葉 銀行・金庫・組合・農協	
	支店名	南 本店 支店	
	口座番号	普通口座 3000000	
	フリガナ	ミナミ ソウイチ	
	口座名義人	南 総一	
南房総市使用欄			
【添付書類等確認欄】 <input type="checkbox"/> 受給券の写し <input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> 医療機関が発行する医療費計算書（別記第8号様式）又は領収書 <input type="checkbox"/> 付加給付を証明できる書類、その他関係書類		保護者氏名	
		自己負担区分	A B C D

※子の保険証の写しを付けてください。