

子ども医療費助成金交付申請書

〇年 〇月 〇日

南房総市長 宛

申請者 (保護者)

住所 南房総市岩糸2489番地

氏名 北 春子

電話 0470-46-2936

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 子どもの氏名	きた はなこ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 〇年 〇月 〇日
	北 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	※子どもの取得日を記入してください。	
	高額療養費	有・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 組合 <input type="radio"/> 農協	
	支店名	南 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店	
	口座番号	普通口座 3000000	
	フリガナ	キタ ソウイチ	
	口座名義人	北 総一	
南房総市使用欄			
【添付書類等確認欄】		保護者氏名	
<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		自己負担区分	A B C