

第7号様式（第6条関係）

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

氏 名

電 話

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				
ふ り が な		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
子 ど も の 氏 名				
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名			
	記 号		番号	
	資 格 取 得 年 月 日			
	高 額 療 養 費	有 ・ 無 自己負担限度額 円 円未満切捨て		
	付 加 給 付	有 ・ 無 ()		
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・金庫・組合・農協		
	支 店 名	本店・支店		
	口 座 番 号	普通口座		
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人			
南房総市使用欄				
【添付書類等確認欄】 ☐ 受給券の写し ☐ 通帳の写し ☐ 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 ☐ 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