

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

南房総市長 宛

電話 — —

受給者番号						
ふりがな 子どもの氏名				生年月日	年 月 日	
加入医療保険	保険者名					
	記号			番号		
	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					
	口座名称人					
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				審査	可否	
				自己負担区分	A B C	