

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

香取市長 様
〒

申請者 住 所
(保護者) 氏 名

(子どもとの続柄)

電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり助成の申請をします。

子ども	フリガナ 氏 名		学年等	1 乳幼児 2 小学校 年生 3 中学校 年生 4 高校 年生 5 その他
	受給者番号		生年 月 日	年 月 日
加入医療保険 付加給付等 (該当項目に○)		有 ・ 無 ※「有」の場合、その金額がわかる書類（支払決定通知等）を添付してください		
他制度適用等 (該当項目に○) ※右記項目に該当する医療費は、子ども医療費の助成対象とできない場合があります。		1 重度心身障害者医療費 2 ひとり親医療費 3 日本スポーツ振興センター災害共済給付制度 (学校等で発生した負傷・疾病によるもの) 4 交通事故等の第三者行為による傷病等 5 その他 ()		