第５号様式（第９条第３項）

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 | ﾌﾘｶﾞﾅ  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  （該当項目に〇） | | 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  （該当項目に〇）  ※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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |