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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |