

子ども医療費助成金交付申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

香取市長 様

〒287-0815

申請者 住 所 香取市佐原口 2127 番地

(保護者) 氏 名 香取 太郎

(子どもとの続柄 父)

電話番号 0478-50-1257

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	カトリ イチロウ 香取 一郎	学年等	1 乳幼児 2 小学校 1 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	〇〇年〇〇月〇〇日
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 ()		