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  （該当項目に〇） | | １　重度心身障害者医療費  ２　ひとり親医療費  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **◎学校、保育園等で発生した負傷・疾病について**  災害共済給付金制度（日本スポーツ振興センター）等の対象となる医療費については申請することはできません。 | | |