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

**〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日

　香取市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒**287-0815**

申請者　　　　住所　**香取市佐原ロ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 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | **カトリ　イチロウ** | 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 |
| **香取　一郎** |
| 受給者番号 | **△ △ △ △ △ △ △**  ※中学校３年生以下のみご記入ください | 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。 | | |