

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	フリガナ 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	
		※中学校3年生以下のみご記入ください			
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 (該当項目に○)		1 重度心身障害者医療費 2 ひとり親医療費 3 その他 () <u>◎学校、保育園等で発生した負傷・疾病について</u> 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。			