

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	フリカゝナ 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	△ △ △ △ △ △ △ ※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○)		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。		