

子ども医療費助成金交付申請書（受給券交付者用）

令和 年 月 日

木更津市長 様

申請者 (保護者)	住 所	〒 木更津市	
	連絡先		
	氏 名	(子どもとの続柄 ) 印	

下記の子どもに係る子ども医療費の助成を受けたいので、木更津市子ども医療費助成規則第12条第2項第1号の規定に基づき申請します。

受診者氏名			
受給者番号		生年月日	年 月 日
加入医療保険 <input type="checkbox"/> 変更なし	保険者名		
	記号・番号		
	附加給付	無・有 自己負担限度額 円 円未満切捨て 円未満不支給	
申請者名義の振込先金融機関			
金融機関名	支店名	普通預金口座番号	
		口座名義人（カタカナで記入）	
転出予定のある人は、交付決定通知書を送付するため転出先の住所を記載してください。 〒			
電話			