

子ども医療費助成金交付申請書（受給券交付者用）

申請日を記入

令和 年 月 日

木更津市長 様

保護者のうち所得の高い方を記入

申請者 (保護者)	住所	〒	
	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。

領収書を提出するお子様について記入

受診者氏名			
受給者番号		生年月日	令和 年 月 日
加入医療保険	保険者名	保険の組合名を記入 例:〇〇健康保険組合〇〇支部 国保の場合「木更津市」など	
	記号・番号		
	無 ・ 有	自己負担限度額	円 円未満切捨て 円未満不支給
	加給付		
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。			
〒	保護者名義の口座を記入		
電話			

お子様の保険証情報を記入

健康保険組合が独自で定めている制度です。
不明であれば記入は不要です。

保護者名義の口座を記入