

子ども医療費助成金交付申請書（受給券交付者用）

令和 〇 年 〇 月 〇 日

木更津市長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 292-8501 木更津市 朝日 3-10-19	保護者として登録している方を記入
	連絡先	0438-25-1350	
	氏名	木更津 花子 (子どもとの続柄 母)	

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13条第2項第1号の規定に基づき申請します。

受診者氏名	木更津 朝日			受給者番号は受給券に記載されています。
受給者番号	0123456	生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
加入医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 変更なし	保険者名	保険の変更があった場合は、変更後の保険情報を記入		
	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	1234567	
〇〇〇銀行	〇〇支店	口座名義人（カタカナで記入）		
		キサラツ ハナコ		
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				

医療費が高額になり、
付加給付制度が適用になる
場合は記入

上で記入した申請者(保護者)
名義の口座