

子ども医療費助成金交付申請書（受給券交付者用）

木更津市長 様

申請者 (保護者)	住 所	
	連絡先	
	氏 名	(子どもとの続柄)

下記の子どもの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			
受 給 者 番 号		生 年 月 日	
加入医療保険 ☐ 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			