

【記入例】

子ども医療費助成金交付申請書 (償還払い)

印西市 市長 様

市内在住の保護者の方が申請者となります。  
「申請者」と「口座名義人」は同じ保護者としてください。  
自署の場合は押印を省略できます。

住所 印西市大森 2364-2  
申請者 (保護者) 氏名※ 印西 太郎 印  
電話 0476-42-5111  
子どもとの続柄 父

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ	インザイ イチロウ		性別	男・女	
子ども氏名	印西 一郎		生年月日	平成23年 4月 2日	
加入健康保険	該当番号を○で囲んでください。 1 社保 2 国保 3 その他				
災害共済給付受給の可否	該当番号を○で囲んでください。 日本スポーツ振興センターの災害共済給付 1 受けることができる 2 受けることができない				
第三者行為の有無	該当番号を○で囲んでください。 1 有 2 無				
振込口座	該当番号を○で囲んでください。 1 下記の口座 2 前回申請時の口座				
	金融機関名	印西	銀行・金庫 組合・農協	銀行コード	0123
	支店名	大森	本店 支店	支店コード	456
	預金種目	普通	口座番号	1234567	
	フリガナ	インザイ タロウ			
	口座名義人 (保護者名義)	印西 太郎			

前回申請時と同じ口座  
であれば金融機関名  
等を省略できます。

「申請者」と「口座名  
義人」は同じ保護者と  
してください。

同一月内に同一医療機関において21,000円以上(保険診療分)の医療費の支払いの有無について、該当番号を○で囲んでください。  
1 有 2 無  
有の場合は下記の承諾書に記入及び押印をお願いいたします。

高額な医療費の支払い  
が「有」の場合は被保  
険者の記名・押印が必  
要です。

高額療養費等に係る承諾書  
私は、印西市子ども医療費助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費及び付  
について、市が私の加入する保険者に照会することを承諾します。  
平成30年 4月 1日

被保険者(組合員)氏名 印西 太郎 印