

第3号様式（第9条）

子ども医療費助成金交付申請書（償還払い）

年 月 日

印 西 市 長 様

住 所  
 申請者（保護者）氏 名※ ㊟  
 電 話  
 子どもとの続柄

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		性 別	男 ・ 女	
子ども氏名		生年月日	年 月 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			
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	銀行・金庫 組合・農協		銀行コード
	支店名	本店 支店		支店コード
	預金種目		口座番号	
	フリガナ			
口座名義人 (保護者名義)				
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。				

<p>高額療養費等に係る承諾書</p> <p>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加給付金の内容について、市が私の加入する保険者に照会することを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者（組合員）氏名 _____ ㊟</p>
---

※申請者（保護者）欄については、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）の医療費の支払いがない方に限り、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。