

【記入例】

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

（あて先）印西市長

- ・市内在住の保護者の方が申請者となります。
- ・「申請者」＝「口座名義人」

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			生年月日	年	月	日
フリガナ						
「1」→学校へ	1 社保	2 国保	3	「1」→相手方、保険会社へ		
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		
				1 有	2 無	
振込口座	1 下記の口座 2 前回申請時の口座 3 既に台帳に登録されている児童（ ）と同じ口座					
	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	普通・（ ）		口座番号		
	「申請者」＝「口座名義人」		申請者名義）			
	カタカナで記入		「有」の場合、1ヵ月分まとめて申請いただくことで月額上限の適用が受けられます。			
同一月内に同一医療機関において、入院11日以上、通院6回以上の受診						
			1 有	2 無		
※有の場合は、入院11日以上、通院6回以上であることが確認できる領収書等を全て提出してください。						
ご加入の保険組合から発行される、支給（不支給）決定通知書を添付してください。			000円以上（保険診療分）の医療費の支払い			
			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。						
高額療養費等に係る承諾書						
私は、印西市子ども医療費			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			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。			
年	月	日	被保険者（組合員）氏名			印