

# [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  
メールアドレス \_\_\_\_\_ @

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 姓 名 性別 年齢 「1」→学校へ （医療保険）	生年月日 年 月 日	
1 社保 2 国保 3 その他	「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	第三者行為 1 有 2 無	
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 振込口座	銀行・金庫 組合・農協 支店名 預金種目 「申請者」 = 「口座名義人」 （申請者名義） カタカナで記入	銀行コード 本店 支店 支店コード 口座番号
「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（月額以上の支診）

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。

21,000 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ください。

### 高額療養費等に係る承諾書

高額な医療費の支払いが「有」の場合は、  
被保険者名の記入が必要です。

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  
ことを承諾します。

年 月 日

被保険者（組合員）氏名