

子ども医療費助成金給付申請書

年 月 日

(宛先)山武市長

申請者 住 所
(保護者) 氏 名 ⑩
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、山武市子ども医療費の助成に関する規則第13条第3項に基づき申請します。

子ども氏名					生年月日	年 月 日	
受給者番号							
加入医療保険	保険者名						
	記号・番号	記号		番号			
	付加給付 (加入の保険 組合に確認し てください。)	無 ・ 有					
		自己負担限度額		円	円未満切捨て		
振込口座	銀行 支店						
	普通 当座	口座番号					
	フリガナ						
	名義人						

(注1) 口座番号等のわかる通帳やカードの写しを添付のうえ記入すること。

《添付領収書の確認》

☐ 次の内容の領収書は含まれておりません。

- ・学校の管理下で生じた災害（ケガ等）に係る医療機関受診分領収書
(独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付申請のあるもの)