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　　　　　　　　　　　　㊞

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 | 　 |

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）