

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先） 茂原市長

住 所

氏 名

電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、茂原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						
受給者番号						
加入医療保険	名 称					
	記 号		番 号			
	附加給付	無・有 自己負担限度額 円 円未満切捨て				
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協				
	本支店名	本店・支店・出張所				
	口座番号	普通・当座（番号 ）				
	(カタカナ) 口座名義人					

※振込口座には申請者名義の口座を記載してください。

以下 事務処理欄

子ども 生年月日	年 月 日（未就学・就学）
高額療養費該当	有（未就学：10,500点以上・就学：7,000点以上）・無
領収書の返却希望	有（ 郵送・窓口）・無
区分	B・C・D・超過