

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
区分	A ・ B ・ C