第7号様式（第13条第3項）

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　 |