

浦安市子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

次のとおり医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ただし、受給券の交付申請をしている方は、個人番号の記入は不要となります。

保 護 者	申請者（保護者）				申請者以外の保護者					
	フリガナ									
	氏名									
	個人番号									
	電話番号									
	住所					□左に同じ				
1月1日現在の住所地	□同上				□左に同じ					
子 ど も	フリガナ					生年月日		年 月 日		
	氏名					生年月日		年 月 日		
	個人番号					保護者との続柄				
	住所	□申請者に同じ				学校名				
	加入医療保険	保険者名	健康保険組合・全国健康保険協会 千葉県国民健康保険・共済組合				保険者番号			
		被保険者名					資格取得年月日	年 月 日		
電話番号				記号			番号			
振込先	銀行・信用金庫				普通・貯蓄		支店・出張所			
	金融機関コード					支店コード				
	口座番号			フリガナ						
確認事項	学校管理下での負傷又は疾病である。				□はい		□いいえ			
	第三者行為による負傷である。				□はい		□いいえ			
<p>住民税確認承諾書</p> <p>助成に関し必要な、私の課税及び所得の状況を確認することを承諾します。</p> <p>保護者氏名 保護者氏名</p>										

左記記載内容に変更がある場合は、こども課へ申請してください。
※最新の内容でない場合、助成金交付はできません。