

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	ウラヤス タロウ				ウラヤス ハナコ					
	氏名	浦安 太郎				浦安 花子					
	個人番号	※				※					
	電話番号	090-0000-0000				080-0000-0000					
	住所	浦安市猫実1-1-1				<input checked="" type="checkbox"/> 左に同じ					
1月1日現在の 住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上				<input checked="" type="checkbox"/> 左に同じ						
子 ど も	フリガナ	ウラヤス イチロウ				生年月日	平成26年 4月 1日				
	氏名	浦安 一郎				保護者との 続柄	子				
	個人番号	※				住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ				学校名	浦安小学校				
	加入 医療 保険	保険者名	浦安商事 <small>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</small>				保険者 番号	01130013			
		被保険者名	浦安 太郎				資格取得 年月日	平成30年 4月 1日			
電話番号		03-0000-0000		記号	00000000		番号	0000			
振 込 先	ゆうちょ <small>銀行</small> 信用金庫 <small>普通</small> 貯蓄				〇ーハ <small>支店</small> 出張所						
	金融機関コード	9 9 0 0		支店コード	0 1 8						
	口座番号	000000 (7桁)		フリガナ 名義	ウラヤス タロウ 浦安 太郎						
確 認 事 項	学校管理下での負傷又は疾病である。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ										
	第三者行為による負傷である。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ										
住民税確認承諾書 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。											
※は受給券を申請している場合、記入不要				保護者氏名	浦安 太郎						
				保護者氏名	浦安 花子						

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。