

記入例

4条第1項)

提出日を記入
してください。

子ども医療費助成金交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

君津市長 様

振込先口座名義人と同じ
名前で申請してください。

住所 **君津市久保2-13-1**
申請者氏名 **君津 太郎**
(保護者) (続柄 **父**)
① 個人番号
電話番号 **56-1128**

子ども医療費の助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

子ども ②	住所	同上		
	フリガナ	キミツ ハナコ	生年月日	平成 16 年 12 月 2 日
	氏名	君津 花子	学年	小学5 年生
	個人番号		受給者番号	*****

加入医療保険	① 変更なし 2 変更あり ※2の場合は変更届の記入をお願いします。
他制度適用	有 ・ 無 1 ひとり親医療費助成 2 日本スポーツ振興センターの災害共済給付 3 その他(

他制度で医療費助成がある場合は、有に○をつけ、該当する番号に○をつけてください。

振込先	金融機関名	君津	銀行 信用金庫 信用組合 農協	君津 本 支店
	口座種別		普通	当座
	口座番号	1234567		
	フリガナ	キミツ タロウ		
口座名義人	君津 太郎			

保護者名義の口座を記入してください。

同意書

高額療養費について君津市が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を君津市へ支払います。また、君津市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。また、家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を君津市へ支払います。

③ 保護者氏名

㊦

※①～③は、受給券をお持ちでない方のみご記入ください