

船橋市子ども医療費助成金交付申請書
船橋市ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

子ども医療費に係る助成金の交付

を受けたいので、次のとおり申請します。

ひとり親家庭等医療費の助成

フリガナ			
氏 名			
受給者番号			
生年月日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日
年齢	歳	歳	歳
学年	年	年	年
領収書枚数	枚	枚	枚
保険者名称	☐ 全国健康保険協会 _____ 支部 ☐ 上記以外 ()	☐ 全国健康保険協会 _____ 支部 ☐ 上記以外 ()	☐ 全国健康保険協会 _____ 支部 ☐ 上記以外 ()
振 込 先			
金融機関名称	銀行・金庫 組合・農協	支店名	支店 出張所
口座種別	普 通	店番号(3ケタ)	
口座名義人	(カカナ)	口座番号	
転出(予定)の方の記入欄			
転出年月日	年 月 日	連絡先	TEL
通知文送付先住所	〒 _____		
添付書類チェック欄	☐ 領収書の原本（支払った日の翌日から2年以内の領収書ですか。領収書の枚数は正しいですか。） →領収書の原本の返却を（ 希望する / 希望しない ） ※返却を希望する場合、領収書のコピーも添付してください。		
	☐ 振込先金融機関のわかるもののコピー（申請者と口座の名義人は同一の保護者にしてください。）		
	☐ 船橋市子ども医療費助成受給券のコピー		
	★21,000円以上の領収書をお持ちの方		
	☐ 高額療養費（不）支給決定通知書（全国健康保険協会に加入の方） ☐ 高額療養費確認承諾書（全国健康保険協会以外の保険組合に加入の方） →押印はしてありますか。被保険者の方の名前で記入されていますか。 ☐ 子どもの被保険者情報がわかる書類 (例) 健康保険証(令和7年12月1日まで)、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータル上の被保険者情報が記載されている画面の写し等 →児童名、保険者番号、保険者名、記号番号、被保険者名、資格取得日が記載されているか確認ください。		
備考	10割負担の領収書や小児弱視用の眼鏡、補装具等を作成した領収書をお持ちの方は、その他必要書類がございます。詳しくは子育て給付課ホームページを確認いただくか、お電話でお問い合わせください。		

送付の前に添付書類のご確認をお願いいたします。