

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	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 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。）		
	<input type="checkbox"/> 子どもの健康保険証のコピー	<input type="checkbox"/> 船橋市子ども医療費助成受給券のコピー	
	<input type="checkbox"/> 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で21,000円以上の領収書をお持ちの方のみ必要になります。） <input type="checkbox"/> 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で21,000円以上の領収書をお持ちの方のみ必要になります。） →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。		
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。