

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

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

船橋市長 あて

申請者と口座の名義人は
同一の保護者にしてくだ
さい。

申請者	住所	船橋市湊町2-10-25
	フリガナ	フナハシ タロウ
	氏名	船橋 太郎
	電話番号	047-436-2316

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	フナハシ ハナコ		
氏名	船橋 花子		
受給者番号	1234567		
生年月日	S・H・R〇〇年 〇月 〇日	S・H・R〇〇年 〇月 〇日	S・H・R〇〇年 〇月 〇日
年齢	〇 歳	歳	歳
学年	年	年	年
領収書枚数	2 枚		
保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支店	<input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 上記以外
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外 (船橋市国民健康保険)	()	()

全国健康保険協会に加入しており、21,000円以上の領収書が含まれている場合は、高額療養費(不)支給決定通知書が必要となります。

振込先

金融機関名称	船橋 <small>銀行・金庫 組合・農協</small>	支店名	船橋 <small>支店 出張所</small>
口座種別	普通	店番号(3ケタ)	1 2 3
口座名義人	(カカナ) フナハシ タロウ	口座番号	1 2 3 4 5 6 7

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。)
- 子どもの健康保険証のコピー 船橋市子ども医療費助成受給券のコピー
- 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。)
- 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。