様式第６号（第１０条第３項）

子ども医療費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

東庄町長　　　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （保護者） | 住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| フリガナ |  | 子どもとの続柄 |
| 氏名 |  |  |

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり助成申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | フリガナ | |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 | |  | |
| 受給者番号 | |  | | | | |
| 加入医療保険  （該当項目に○） | | １　子どもの保険証の写しを添付します  ２　変更なし | | | | | |
| 振込先口座  （該当項目に○） | | １　登録済み口座と同じ振込先（前回の申請と同じ）  ２　振込先の口座の写しを添付します（登録口座にする）  ３　下記の振込先（１、２を選択の場合は記入不要、登録口座にする） | | | | | |
| 金融機関名 | | 銀行・金庫・組合・農協 | | | |
| 店名 | | 本店　・　支店 | | | 普通口座 |
| 口座番号 | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | | |
| 加入医療保険付加給付等 | | 有　　・　　無  有の場合はその金額が分かる書類（支払決定通知等）を添付 | | | | | |
| 他制度適用 | | 有　　・　　無  　（重度心身障害者医療費、ひとり親医療費等）  ※学校、保育園等で発生した負傷・疾病について、日本スポーツ振興センター災害共済給付の対象となる医療費は申請できません | | | | | |