

（宛先） 八千代市長

次のとおり、八千代市子ども医療費助成金の給付を申請します。

申請年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
申請者	保護者①	保護者②（左記以外の保護者）	
氏名	子福 太郎	子福 花子	
現住所	八千代市 大和田新田312-5	<input checked="" type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所（ ）	
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（日中の連絡先）	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（日中の連絡先）	
対象となる子ども	1	氏名 子福 二郎	受給者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
			生年月日 平成・令和 ○年 ○月 ○日
	2	氏名 子福 三郎	受給者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
			生年月日 平成・令和 ○年 ○月 ○日
	3	氏名	受給者番号
加入医療保険	保険者名	〇〇〇健康保険組合	確認事項は必ずどちらかにチェックを入れてください。
	記号	〇〇〇	
	加入日		
確認事項	学校管理下での負傷又は疾病である。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	第三者行為による負傷である。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
振込口座	金融機関	△△△ 銀行・信金 組合・農協	支店名 (店番号) △△△ 支店・出張所 ()
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号 △△△△△△△
	フリガナ	コフク タロウ	
	口座名義	子福 太郎	振込口座は正確に記入してください。 お間違いがあると振込が出来なくなります。
	<input type="checkbox"/> 前回申請したときと同じ振込口座を希望 (こちらにチェックした場合は、上記項目に改めて振込口座に関する情報を記入する必要はありません。)		

備考

- 対象となる子どもの「受給者番号」の欄には、現に子ども医療費助成受給券の発行を受けている場合は、当該子ども医療費助成受給券に記載の受給者番号を記入してください。
 - 申請の際は、既に支払った医療費の内容がわかる領収書（入院、通院又は調剤ごとの、対象となる子どもの氏名及び医療点数又は保険適用分の明細が記載されたもの）の原本又は八千代市子ども医療費に係る医療機関証明書（第4号様式の2）を添付してください。
 - 領収書の原本の返却を希望される方は、領収書の原本とともに、その写しを併せて添付してください。
 - 申請は、医療費の支払をした日の翌日から起算して2年以内に行ってください。申請期間を過ぎた場合は、助成を受けることができなくなります。
- ※保険対象外（健康診断や予防接種等）の医療費については子ども医療費助成制度も助成対象外となります。

市 使用 欄	領収書返却	窓口返却済み（ 年 月 日） ・ 同 ・ 外同
	高額療養費	国保 ・ 社保 （ 年 月分）
	診療年月及び期間	県内 月 ・ 県外 ・ 混合
	添付書類	補装具・弱視用眼鏡 領収書・支払通知書・作成指示書 保険証未使用医療費 領収書・支払通知書 高額療養費 領収書・同意書又は支給（不支給）決定通知書
	備考	年 月 日分 点 高額療養費： 円 付加給付金： 円 年 月 日（健保 ・ 病院 ・ 国保） 確認済み