

別記様式（第2条第1項）

子どもの医療費等助成申請書（償還払用）

年 月 日

習志野市長

宛て

住所

申請者

氏名

印

養育医療の給付に係る子どもの医療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
また、子どもの医療費等の助成額の受領を、健康支援課長に委任します。

対象となる子ども	住所	1 申請者と同居所 2 その他（ ）
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 生まれ

1 子どもの医療費助成金算定に必要な、世帯の課税状況を確認することを承諾します。

（市使用欄）

資格取得日	健康保険	自己負担金	備考
年 月 日	国・組	・ ・ ・ ～有 ・ 無	
	政・共	・ ・ ・ ～有 ・ 無	
	その他	・ ・ ・ ～有 ・ 無	

記入例

別記様式（第2条第1項）

子どもの医療費等助成申請書（償還払用）

お子さんの健康保険証の被保険者の方。
ただし、被保険者が市外在住の場合は、市内在住の保護者の方をご記入ください。

習志野市長

宛て

住所

申請者

習志野市鷺沼1-1-1

氏名

習志野 泰

印

養育医療の給付に係る子どもの医療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
また、子どもの医療費等の助成額の受領を、健康支援課長に委任します。

対象となる子ども	住所	① 申請者と同住所 2 その他（ ）
	フリガナ	ナラシノ カスミ
	氏名	習志野 香澄
	生年月日	平成27年 4月 2日 生まれ

1 子どもの医療費助成金算定に必要な、世帯の課税状況を確認することを承諾します。

※以下の部分は記入不要です

（市使用欄）

資格取得日	健康保険	自己負担金	備考
年 月 日	国・組	・ ・ ～有 ・ 無	
	政・共	・ ・ ～有 ・ 無	
	その他	・ ・ ～有 ・ 無	