

子どもの医療費等助成申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 (被保険者)	住所	〒
	氏名	
	電話	— —

子ども	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名			

同意欄

- 1 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。
- 2 子どもの医療費等の助成額の算定に必要な、世帯の課税状況を確認することに同意します。

申請者

印

<市記入欄>

受給者番号						資格取得期間			自己負担金											
						H	・	R	年	月	日	R	.	.	～	超	・	課	・	非
						H	・	R	年	月	日	R	.	.	～	超	・	課	・	非
						H	・	R	年	月	日	R	.	.	～	超	・	課	・	非
階層区分						通知日						助成額								
=						円						円								