様式第６号

子ども医療費助成金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

子ども医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

受給者番号		領収書枚数		枚

領収書の中に、同月・同医療機関で６回以上通院又は１１日以上入院していたものがある。　□無　□有

子ども	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			
	住所	千葉市　　区		
申請者（生計中心者）	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			
	住所	□対象の子どもと同居（**記入不要**）　□対象の子どもと別居（以下に記入）		
	連絡先	（携帯電話など平日、日中の連絡先） ―　―	連絡先電子メールアドレス	@

子どもの加入医療保険	※**千葉市国民健康保険加入者**で、次の方法を希望される方は、□に「レ」を記入してください。**この欄の記入**及び**被保険者証の写しの添付**を省略できます。 □　千葉市が保有する国民健康保険の資格情報について、千葉市が調査することに同意します。 ※被保険者証の写しを添付する場合はこの欄の記入を省略できます。				
	名称				
	保険者番号		認定年月日	年　月　日	
	被保険者名				
	記号番号	記　号	番　号		

振込口座（生計中心者）	銀行 信用金庫		店	
	銀行コード		支店コード	
	預金種別	普通・その他（　　）	口座番号	
	フリガナ			
	名義人			

高額な医療費の支払いの有無	該当番号を〇で囲んでください。 同一月内の同一医療機関における２１，０００円以上（保険診療分）の医療費の支払い １　無　２　有 （２有の場合のみご記入ください。） ご加入の健康保険組合から高額医療費・附加給付金等の支給の有無 １　無　２　有（２有の場合は、加入保険組合からの支給決定通知書等をご提出ください。）

✓	**【添付書類確認欄】**　申請に当たっては、次の書類を添付してください。	**対象者**
	①受給券の写し	**全員**
	②医療機関が発行する領収書など、保険診療の内容がわかるもの	
	③被保険者証等の写し	**該当者のみ**
	④高額療養費・附加給付の支給がある場合は、加入保険組合からの支給決定通知書等	
	⑤他の法令により子どもの医療に関する給付がある場合は、その内容がわかるもの	
	⑥10割負担の領収書又は小児弱視用眼鏡若しくは補装具を作成した場合の領収書をお持ちの場合は、加入保険組合からの支給決定通知書等、加入保険組合からの支給内容がわかるもの	