

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

芝山町長 様

〒

住 所

電話番号

申請者 (保護者) 氏 名

子ども医療費の助成を受けたいので、芝山町子ども医療費助成に関する規則第 11 条第 3 項の規定により申請します。

子 ど も	受給者番号						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日			歳		
	他制度適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ひとり親医療・重度心身医療・その他 ( ))					
加 入 医 療 保 険	<input type="checkbox"/> 登録情報と変更ありません ※変更がある場合は変更届を提出してください						
	附加給付	無・有 ※加入医療保険に確認してください。 自己負担限度額 円 ( 円未満切捨て)					
振 込 口 座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		支店名	本店・本所 支店・支所		
	口座 種別・番号	普通・当座					
	フリガナ						
	口座名義人						