

学生等医療費助成申請書

年 月 日

芝山町長 様

〒

住 所

電話番号

申請者（保護者） 氏 名

学生等医療費の助成を受けたいので、芝山町学生等医療費助成に関する規則第 10 条第 3 項の規定により申請します。

学 生 等	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	歳	
	他制度適用	☐ なし ☐ あり（ひとり親医療・重度心身医療・その他（ ））		
振 込 口 座 （ 保 護 者 ）	金融機関名		支店名	
	口座 種別・番号	普通 ・ 当座		
	フリガナ			
	口座名義人			
加入医療保険		☐ 登録申請時と変更ありません		