

四街道市長 様

住所 四街道市

申請者(保護者) 氏名

印

(電話番号)

子ども医療費助成金交付申請書

四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第11条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費の助成を申請します。

記

| | | | | | | | | | | |
|---------|---------------------------|----------------------------|--|--|----|-----|----------|-------|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | | |
| 子ども | フリガナ | | | | 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | (保険者番号：) (取得年月日：平成 年 月 日) | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | 記号 | | | 番号 | | | | | |
| 振込口座 | (金融機関コード：) (支店コード：) | | | | | | | | | |
| | 銀行 信用金庫 本・支店 農業協同組合 | | | | | | | | | |
| | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 口座名義人氏名 | | | | | | | | | | |