

記入例

様式第6号(第11条第1項)

年 月 日

四街道市長

様

保護者の方の住所、氏名、電話番号を記入の
うえ、必ず押印をしてください。

住所 四街道市 鹿渡△番地

申請者(保護者) 氏名 四街道 太郎 印

(電話番号) 043-421-XXXX

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
とおりに子どもの氏名、生年月日を記入
し、性別に○をしてください

お手持ちの受給券の番号を記入してください。

受給券番号										
子ども	フリガナ	ヨツカイドウ ハナコ		性別	男・女	生年月日	平成			
	氏名	四街道 花子					25年12月1日			
加入医療保険	保険者名	(保険者番号: ○○○○○○○○○) (取得年月日: 平成25年12月1日)							四街道商事健康保険組合	
	記号・番号	記号	5△3		番号	加入している健康保険組合の保険者番号、お子さんの所得年月日、保険者名(個人名ではありません)と番号、記号を記入してください。				
振込口座	(金融機関コード: ×3△4) (支店)									
	普通・当座		銀行		四街道		信用金庫		四街道 本・支店	
口座名義人氏名	フリガナ	ヨツカイドウ		1	×	3	△	7	○	4
	口座名義人氏名		四街道 太郎							