

第8号様式(第10条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

申請者(保護者)

住 所

氏 名 (印)

(子どもとの続柄)

電 話

下記のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、匝瑳市子ども医療費の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。

記

子ども氏名		生年月日	年	月	日
受給者番号					
加 入 医 療 保 険	保 險 者 名				
	記 号 番 号	記号		番号	
	付 加 給 付	無・有 自己負担限度額 円 円未満切り捨て			
他制度の適用	有・無	※「有」の場合は、次のいずれかに○を付けてください。 1 重度心身障害者医療費 2 ひとり親家庭等医療費 3 その他() ※学校等の災害共済給付を受けられる場合は助成対象外です。			
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・金庫・組合・農協			
	本 支 店 名		種 別	普通口座	
	口 座 番 号				
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人				