

子ども医療費助成事業交付申請書

年 月 日

一宮町長 様

住 所

電話番号

氏 名

㊞

子ども医療費助成事業の助成を受けたいので、一宮町子ども医療費助成事業に関する規則第12条の規定に基づき申請します。

子ども氏名			
受給者番号			
加入医療保険	名 称		
	記 号	番 号	
	附加給付	無 ・ 有 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 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協	
	本支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所	
	口座番号	普通 ・ 当座	
	(カタカナ) 口座名義人		