

第7号様式

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

長生村長 様

(〒 -)

申請者 住所
(保護者) 電話番号
氏名

子ども医療費の助成を受けたいので、長生村子ども医療費の助成に関する規則第10条第3項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						
	付加給付	無・有 自己負担限度額		円	円未満切捨て		
振込口座			銀行・金庫				本店・支店
			組合・農協				支所
	普通預金No.						
	ふりがな						
氏名							