第７号様式（第１３条第３項）

子ども医療費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　 月 　 日

白子町長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | 住所 | 〒299－4200白子町○○△△番地 |
| 電話 | ０８０－□□□□－○○○○**保護者以外の方が窓口に来る場合は、委任状が必要となります。** |
| 氏名 | 白子　花子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（子どもとの続柄：　母　　　） |

子ども医療費の助成を受けたいので、白子町子ども医療費の助成に関する規則第13条第３項により申請します。

**お持ちの受給券２段目の番号を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ子ども氏名 | シラコ　タロウ |
| 白子　　太郎 |
| 受給者番号 | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 被保険者証発行機関 | 名　　称 | 国民健康保険 |
| 記　　号 | ８７ | 番　　号 | ８７６５４３２１ |
| 附加給付 | 無　・　有**現在、お持ちの被保険者証の内容を記入してください。**有の場合自己負担限度額　　　　　　　円　　　　　　　　　　　円未満切捨て |
| 振 込 口 座 | 金融機関名　　　　 | 元気　　　 　銀行 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協 |
| 支店名 | 青空　　　　 本店 ・ 支店 ・ 支所 ・ 出張所 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 | １２３４５６７ |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ口座名義人 | シラコ　ハナコ |
| 白子　　花子 |

**振込口座は、申請者の口座内容を記入してください**。