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 | 〒299－42白子町 |
| 電話 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（子どもとの続柄：　　　　） |

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。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ子ども氏名 |  |
|  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証発行機関 | 名　　称 |  |
| 記　　号 |  | 番　　号 |  |
| 附加給付 | 無　・　有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　　　　 | 　　　 　銀行 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協 |
| 支店名 | 　　　 本店 ・ 支店 ・ 支所 ・ 出張所 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ口座名義人 |  |
|  |