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**。