

様式第7号(第9条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

睦沢町長 様

(〒 )

住 所

電話番号

氏 名

子ども医療費の助成を受けたいので、睦沢町子ども医療費の助成に関する規則第9条第8項の規定に基づき申請します。

子 ども 氏 名			
加 入 医 療 保 険	名 称		
	記号・番号		
	附 加 給 付	有 ・ 無 自己負担限度額	円 円未満切捨て
診 療 月	月分		
診療時間外の受診	有 ・ 無		
他 制 度 適 用	有 ・ 無	※学校の災害共済給付を受けられる場合は対象外です。 ※有の場合は、下記のいずれかに○印を付けてください。 (ひとり親医療費・重度医療費・その他( ))	
振 込 口 座	銀行・農協・信用組合		本店・支店・支所
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ		
	氏 名		