

第6号様式（第10条第3項）

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

富里市長 様

(〒)

住 所

電 話 番 号

氏 名

㊟

子ども医療費助成を受けたいので、富里市子ども医療費の助成に関する規則第10条第3項の規定により申請します。

ふりがな			
子ども氏名			
受給者番号		生年月日	年月日
加入医療保険	名称		
	保険者番号		
	記号		番号
	資格取得年月日	年月日	
振込口座		銀行 信用金庫 農協	本店 支店 本所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	ふりがな		
	氏名		