

第4号様式 (第5条、第6条関係)

大多喜町子ども医療費通院助成金給付申請書

(乳幼児・ 小学生・ 中学生・ 高校生等)

年 月 日

大多喜町長 様
(申請者) 住 所
電話番号
氏 名

子ども医療費の助成を受けたいので、大多喜町子ども医療費の助成に関する条例施行規則第5条(第6条)の規定により申請します。

子ども氏名						
生年月日	年 月 日 (歳) ※ 小学 年生					
受給者番号						
加入医療保険	保険者名称					
	記号・番号	記号		番号		
	付加給付	無・有 自己負担限度額 円 円未満切捨て				
振込先口座	金融機関名				支店名	
	口座番号				種別	普通・()
	(フリガナ) 氏 名					

【町記入欄】

自己負担額 A	付加給付額 B	合計 C (A-B)