

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)

令和 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・中学 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)