第3号様式(第8条第3項)

酒々井町子ども医療費助成金給付申請書

年　　月　　日

(あて先)酒々井町長

申　請　者 (保 護 者)	住　　所	〒　　―
	氏　　名	
	電話番号	―　　―
	個人番号	

子ども医療費の助成を受けたいので、酒々井町子ども医療費の助成に関する規則第8条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

記

子ども	受給者番号	
	住　　所	1．保護者と同じ 2．その他 （〒　　）
	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	加入健康保険	1．酒々井町国保　　2．その他（写し添付）
振　込　口　座		銀行・金庫　　本店・支店 組合・農協　　本所・支所
	口座種別	普通　・　当座
	口座番号	
	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	