

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	印
	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

受給者番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	個人番号	
加入健康保険	1.酒々井町国民健康保険 2.その他(写しを添付)	
振込口座	銀行・金庫 本店・支店 組合・農協 本所・支所	
	口座番号	普通・当座
	フリガナ	
	氏名	