

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

長南町長 様

住 所

電話番号

氏 名

㊞

子ども医療費の助成を受けたいので、長南町子ども医療費の助成に関する規則第10条第3項に基づき申請します。

子ども氏名			
受給者番号			
加入医療保険	名 称		
	記号・番号		
	附加給付	無・有 自己負担限度額	円
振込口座	銀行		支店
	普通預金No.		
	ふりがな		
	氏 名		

下記の欄については、記入不要です。

子ども医療費	一 般	・ 単 独	階層区分	
償 還 額	入 院			
	通院（外）			
	通院（歯）			
	調 剤			
	計			日 数