

第7号様式（第8条関係）

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 清水 聖士 様

(〒 ー)
住 所 鎌ヶ谷市

電話番号

氏 名

子ども医療費の助成を受けたいので、鎌ヶ谷市子ども医療費助成条例第10条第3項の規定により申請します。

子ども氏名	(年 月 日生)		受給者番号										
	加入医療保険	名称											
	記号・番号												
	附加給付	有・無 自己負担限度額 () 円 () 円未満切捨て											
振込口座			銀行 金庫 組合 農協		支店番号(本店 支店 特別出張所						
	口座種別	普通預金	口座番号										
	名義人	フリガナ											
氏名													