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

鎌ケ谷市長　　　　　　　　様

（〒　　　－　　　　）

住　　所　鎌ケ谷市

電話番号

氏　　名

　子ども医療費の助成を受けたいので、鎌ケ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 | | | | | | 本　　　店  支　　　店  特別出張所  支店番号(　　　　) | | | | | | |
| 口座種別 | 普通預金 | 口座番号 | |  | | | | | | | | |
| 名義人 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |