

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							
	名 称									
加 入 医 療 保 険	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	本 店						
			金庫	支 店						
			組合	特別出張所						
		農協	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									