

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

鋸南町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒
	電話	
	氏名	印（続柄）

子ども医療費の助成を受けたいので、鋸南町子ども医療費支給条例施行規則第6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		
	付加給付	なし ・ あり	
振込口座	銀行 支店		普通口座
	口座番号		
	フリガナ 口座名義人	-----	