

第3号様式(第8条第3項)

酒々井町子ども医療費助成金給付申請書

年 月 日

(あて先)酒々井町長

申請者 (保護者)	住所	〒 —									
	氏名										
	電話番号	— —									
	個人番号										

子ども医療費の助成を受けたいので、酒々井町子ども医療費の助成に関する規則第8条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

記

子ども	受給者番号							
	住所	1. 保護者と同じ 2. その他 (〒)						
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
	加入健康保険	1. 酒々井町国保 2. その他（写し添付）						
振込口座	銀行・金庫 本店・支店 組合・農協 本所・支所							
	口座種別	普通 ・ 当座						
	口座番号							
	フリガナ							
	氏名							