

様式第5号(第9条第3項)

八街市子ども医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

八街市長 北村新司 様

〒

住 所

申請者 氏 名

印

電話番号

子ども医療費の助成を償還払いにより受けたいので、八街市子ども医療費の助成に関する規則第9条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

記

フリガナ							
子ども氏名							
生年月日			年	月	日		
受給者番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
保険の種別	保険者名称						
	記号・番号	●					
	附加給付	有・無 自己負担限度額 円 円未満切り捨て					
振込口座	金 融 機 関 名				店番号		
	銀行・金庫・組合				本店・支店		
	農協				本所・支所		
	口座番号	普通・当座					
	フリガナ						
	氏 名						