

第7号様式（第13条第3項関係）

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

長南町長 様

住 所
氏 名
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、長南町子ども医療費の助成に関する規則第13条第3項に基づき申請します。

子ども氏名					
受給券の種類	(子ども ・ 重度心身障害者(児) ・ ひとり親家庭等) 医療費助成受給券				
受給者番号					
加入医療保険	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他 ()			
	記 号		番 号		
	被保険者氏名				
	認 定 年 月 日				
	附 加 給 付	無 ・ 有 自己負担限度額 円 円未満切捨て			
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協			
	本 支 店 名	本店 ・ 支店 ・ 出張所			
	口 座 番 号	普通 ・ 当座			
	(カタカナ)				
	口 座 名 義 人				