

様式第4号(第6条関係)

<p>子ども医療費支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(申請先)中能登町長</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 中能登町</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p> <p>次のとおり支給を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">(診療月 年 月分領収書 枚)</p>								
受給資格者	登録番号				加入	被保険者氏名		
	氏名					入保	保険証記号番号	
子ども	氏名				保険		保険者名	
	生年月日	年	月	日				
給付費の口座振込先	銀行		口座種別〔フリガナ〕					
	支店		名義口座〔口座番号〕					