

様式第4号(第6条関係)

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(申請先)中能登町長

申請者住所 中能登町

申請者氏名

次のとおり支給を受けたいので申請します。

(診療月 年 月分領収書 枚)

受給資格者	登録番号		加入	被保険者氏名	
	氏名			記号番号	
子ども	氏名		保険	保険者名	
	生年月日	年 月 日			
給付費の振込口座	銀行 信金 農協 店 支店 支所			口座種別	普通・当座
				口座番号	
				口座名義カナ	