

領収書左上の角をあわせ

この申請書のうしろにとじる



子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 津幡町長

申請者(受給資格者)氏名



住所 津幡町

(電話 - -)

次のとおり支給を受けたいので申請します。なお、支給決定に係る住所、加入健康保険及び所得の確認に同意します。

子 ども		支 給 申 請 額
氏 名		
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
受 給 者 番 号		