

第6号様式（第12条第2号ア）

子ども医療費助成金交付申請書

（宛先） 東金市長

申請年月日	年 月 日	学年区分	1 小3以下	2 小4以上
申請者 (保護者)	住 所			
	フリガナ		電 話 番 号	
	氏 名	[続柄] 父 母 その他 ()		

子ども医療費の助成金の交付を受けたいので、申請します。

子 ど も	受 給 者 番 号							
	フ リ ガ ナ							
	氏 名							
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他 ※以下に記入						
	生 年 月 日	年 月 日						
加 入 医 療 保 険	保 險 者 名 称	1 東金市国民健康保険 2 その他 ※以下に記入						
	保 險 者 番 号							
	金 融 機 関 名							
振 込 口 座	支 店 名							
	口座番号(右づめで記入してください)							
	口 座 種 別 (該当するものに○)	1 普通 2 当座						
	フ リ ガ ナ							
	口 座 名 義 人							