

子ども医療費支給申請書

年 月 日

白浜町長 様

申請者住所 白浜町

氏 名 ⑩

電話番号 ()

受給資格者	受給者証 番 号		加 入 保 険
	氏 名		国 保 ・ 社 保
	個人番号		
子 ど も	氏 名		付 加 給 付 の 有 無
	生 年 月 日	年 月 日	有 ・ 無
振 込 希 望 先	銀行	支店	口座番号
		支所	預金種別
	組合・金庫・農協 信金・労金		
			口座名義人

子ども医療費支給申請書

年 月 日

白浜町長 様

申請者住所 白浜町

氏 名 ⑩

電話番号 ()

受給資格者	受給者証 番 号		加 入 保 険
	氏 名		国 保 ・ 社 保
	個人番号		
子 ど も	氏 名		付 加 給 付 の 有 無
	個人番号		
	生 年 月 日	年 月 日	有 ・ 無
振 込 希 望 先	銀行 支店	口座番号	
		預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他
	組合・金庫・農協 支所 信金・労金	(ふりがな)	
		口座名義人	