

## 野田市子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所 野田市  
 申請者 電話番号  
 保護者氏名  
 (子どもとの続柄 )

子ども医療費の助成を受けたいので、野田市子ども医療費の助成に関する規則第9条第3項に基づき申請します。

ふりがな		生年月日
子ども氏名		年 月 日
受給者番号		
加入医療保険	名 称	
	記号・番号	(記号) (番号)
振込口座 (保護者名義)	金融機関名	銀行・金庫・組合
	店 名	支店 (店番号)
	口座番号	普通 当座
	ふりがな	
	氏 名	