

野田市子ども医療費助成金交付申請書

R5年 4 月 10 日

(宛先) 野田市長

住 所 野田市鶴奉7-1 ツルホウハイム201  
申請者 電話番号 04-7125-1111  
保護者氏名 野田 一郎  
(子どもとの続柄 父 )

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	のだ はなこ	生年月日								
子ども氏名	野田 花子	H28年 5 月 5 日								
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6			
加入医療保険	名 称	〇×健康保険組合 野田支部								
	記号・番号	(記号) 012345			(番号) 6789					
振込口座 (保護者名義)	金融機関名	野田		銀行・金庫・組合						
	店 名	関宿		支店	(店番号)	0	0	2		
	口座番号	普通	当座	1	2	3	4	5	6	7
	ふりがな	のだ いちろう								
	氏 名	野田 一郎								