

課長	課長補佐	係長	係	係

支給伺 決裁年月日 令和 年 月 日

受付印

第3号様式（第5条関係）

乳幼児等医療費助成申請書

未就学児・小学生・中学生・18歳

令和 年 月 日

清水町長 様

申請者	住所			
	氏名			
	対象者との続柄		電話番号	

乳幼児等医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給対象者	受給者番号		保険者の名称	
			記号番号	
	住所	清水町		
医療を受けた 病院等	名称			
	住所			
添付書類				

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。