

助成金(医療費)の支払については、次の口座に振り込んで下さい。		
銀行 信用金庫 農協	支店	名義(カカナ) _____ 口座番号 _____

乳幼児及び子ども医療費受給資格登録申請書		
		年 月 日
富岡町長		様
申請者 住所 富岡町		
(保護者)		
氏名		印
保護者	ふりがな 氏名 「個人番号」	「 _____ 」 (TEL _____) (携帯 _____)
	住所	
	職業	
対象者	ふりがな 氏名 「個人番号」	「 _____ 」 (男・女) (_____ 年 月 日生)
	住所	
加入 保険	記号・番号	
	被保険者名	
	事業所名称	
	保険者番号	
	保険者所在地	
附加給付に関する証明		
当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。		
給付内容		
上記のとおり相違ないことを証明します。		
年 月 日		
保険者名又は所属長名		印

上記のとおり申請します。なお、町で保管する住民記録情報・税情報・その他助成に必要な情報について利用することに同意します。