

沖縄市子ども医療費助成金支給申請書

年 月 日

沖縄市長 様

助成対象者
(保護者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

電話番号 _____

別添・領収書 () 枚のとおり医療費の支給を申請します。

受給資格者証番号				
こ ど も	ふりがな			
	氏 名			
	住所			
	生年月日			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			
	記号・番号	記号	番号	
	保険者名称			
	個人番号			
振 込 先	金融機関名		支店名	
	預金種別		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			