

別記様式

我孫子市養育医療に係る子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長あて

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	
	電話	

我孫子市養育医療に係る子ども医療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

子ども	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

同意書

当申請をすることにより養育医療の給付に関し決定された徴収金額について、子ども医療費と相殺することに同意します。

住所
申請者
氏名 ㊟

子ども医療費助成登録申請日
年 月 日提出