

第4号様式の2 (第4条関係)

子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号											
(ふりがな) 氏名						男女	生年 月日		年	月	日生
住所	(〒 -)										
	(電話番号 -)										
御杖村長 殿											
上記のとおり、子ども医療費助成金の支給を申請します。											
年 月 日											
申請者											
氏名											

(注意) 裏面も忘れずに記入ください。

