

医療給付金支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 白山市長

申請者 (保護者) 住所 :

氏名 :



電話 :

〔 白山市子育て支援医療給付金支給条例第5条
白山市ひとり親家庭等医療給付金支給条例第11条 〕の規定により
医療給付金の支給を受けたいので申請します。

医療給付金	1 子育て支援医療給付金 ・ 2 ひとり親家庭等医療給付金 ※ 該当する番号を○で囲んでください
-------	---

受給資格者 番号		保育所、学校等での けがの有無	有 ・ 無
診療を受けた人の氏名	ふりがな.....	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
住 所	※ 申請者と同じ場合は記入不要 白山市		