

## 様式第4号(第4条関係)

宮古島市こども医療費助成金支給申請書

受診者名			生年月日	年月日生	年齢	歳
受給者番号			振替 口座	金融機関		支店
医療保険	被保険者氏名			預金種類		
	名称			口座番号		
	記号番号			口座名義		
提出領収書枚数		枚	備考			
※無効領収書枚数		枚				

※の欄は、記入しないでください。

年月日

住所

宮古島市長様

氏名印

連絡先