

様式第 4 号(第 4 条関係)

宮古島市子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