年　　月　　日

# 医療助成費支給申込書

府　中　市　長

| | |
|---|---|
| 医療証の保護者 | 住　所　府中市 |
| | 氏　名 |
| | 電　話（　　）　　－ |

次のとおり、子ども医療助成費の支給を申込みします。

| | | |