＜児童扶養手当・ひとり親家庭等医療費助成用＞

申　立　書

令和　　年　　月　　日

熊 本 市 長　　宛
（保健子ども課扱い）

申立人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿