＜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
（保健こども課扱い）

申立人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿