第５号様式（第10条関係）

年　　月　　日

　富津市長　　　　　　　　　　　様

申請者　住　所

氏　名

電　話

富津市ひとり親家庭等医療費等助成金給付申請書

　下記のとおり、富津市ひとり親家庭等医療費等助成金の給付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受診者名 |  | | | | | | | 申請者との続柄 | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | 生年月日 | | |  | | |
| 公費負担者番号 |  | | | | | | 受給者番号 | | |  | | | |
| 加入医療保険 | 医療保険の種類 | | | 健保・共済・国保・後期・その他（　　　　） | | | | | | | | | |
| 附加給付の有無 | | | 有（※内容別紙）　・　無 | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | |  | | | | | | 支店名 | | |  | |
| 種別 | 普通・当座 | | | 口座番号 |  | | | | カナ  口座名義 | | |  |

　注１　医療費の助成に必要な領収書等を添付してください。

　注２　申請時に保険証を提示してください。