ひとり親家庭等医療費等助成金支給申請書

年　　月　　日

　(宛先)山武市長

(〒　　　―　　　　)

住　　所

電話番号

　　　　　 　　　　 氏　 名　　　　　　　　　　　 　㊞

　ひとり親家庭等医療費助成金の支給を受けたいので、山武市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則第１１条第１項に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| 加入医療保険 | 名 称 | |  | | | | | | | | |
| 記号・番号 | | 記号 | |  | | | 番号 |  | | |
| 附加給付  (加入の保険組合に確認してください。) | | 無　・　有  自己負担限度額　　　　　円　　　　 円未満切捨て | | | | | | | | |
| 振込口座 | 銀行　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | | | |
| 普通預金No. | |  | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | |

* 振込先金融機関の口座が確認できる書類を添付すること。