

流山市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

〇〇年△△月□□日

(宛先)流山市長

| | |
|--------|--------------|
| 住所 | 流山市平和台〇-〇-〇 |
| 申請者 氏名 | 流山 花子 |
| 電話 | 04-1234-1234 |

医療費等の助成を受けたいので、流山市ひとり親家庭等医療費等助成規則第10条第3項の規定により、次のとおり申請します。

記

| | | | | | | |
|--------|-----------------------|-----------|-----------|----------------|-----------|------|
| 受給者番号 | 1234567 | フリガナ | ナガレヤマ ハナコ | 生年月日 | 昭和60年8月1日 | |
| | | 氏名 | 流山 花子 | | | |
| 加入健康保険 | 名称 | 〇〇〇健保 | | 資格取得年月日 | 令和1年10月1日 | |
| | 記号 | 123 | | 番号 | 45678 | |
| 振込口座 | 金融機関名 | 流山 | | 銀行・金庫 組合・農協 | 銀行番号 | 9999 |
| | 本支店名 | 平和台 | | 本店・支店 | 店番号 | 111 |
| | 預金種目 | 普通・貯蓄・当座 | 口座番号 | 1234567 | | |
| | フリガナ | ナガレヤマ ハナコ | | | | |
| 口座名義人 | 【申請者と同じ名義口座を記入してください】 | | 流山 花子 | | | |

同意書

(宛先)流山市長

流山市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請に当たり、私及び私の家族の医療費に係る高額療養費等の支給状況について、流山市が保険者に照会することに同意します。

〇〇年△△月□□日

| | |
|----|-------------|
| 住所 | 流山市平和台〇-〇-〇 |
| 氏名 | 流山 花子 |