

流山市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)流山市長

申請者

住所

氏名

電話

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 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | |
| 加入保険 | 名称 | | 資格取得年月日 | 年 月 日 | |
| | 記号 | | 番号 | | |
| 振込口座 | 金融機関名 | | 銀行・金庫 組合・農協 | 銀行番号 | |
| | 本支店名 | | 本店・支店 | 店番号 | |
| | 預金種目 | 普通・貯蓄・当座 | 口座番号 | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |

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。

年 月 日

住所

氏名