第6号様式(第10条関係)

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

　住所

申請者　　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 |
| 　 |