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 |
|  | |