

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

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