

ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

住 所 習志野市

氏 名

電 話

ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 世帯の構成

申請者との続柄	氏名	生年月日	住所(申請者と同じ場合記入不要)
本人		年 月 日	

※住民票上別世帯であっても同一住所に居住する扶養義務者がいる場合は、記載してください。

2 振込先金融機関

金融機関名	支店名	口座番号	名義(カタカナ)
銀行番号()	支店番号()	1普通 2当座	

3. 加入医療保険

名 称	番号	記号番号	—
被 保 険 者 名		資格取得年月日	年 月 日

以下はご記入の必要がありません。

受給資格の要件	・児童扶養手当 No. _____ ・年金・他 No. _____	医療費助成開始年月日 年 月 日
現在の加入保険の種別	・国 ・国組 ・組 ・協会 ・共 ・船	

件 円