第6号様式(第9条第1項)

習志野市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

習志野市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。

申請者 (被保険者)	住所	
	氏名	
	電話	

対象者	申請者との続柄	氏名			生年月日		
申請者名義 の振込先	金融機関名 (金融機関コード)	支店名 (支店番号)	口座番号				口座名義 (カタカナで記入)
	()	()	普通				

<市記入欄>

世帯番号		資格取得期間			自己負担金			返却希望		
		H・R	年	月	日	R	.	.	～超・課・非	有・無
			～			R	.	.	～超・課・非	
		H・R	年	月	日	R	.	.	～超・課・非	
受付	計算	計算 確認	入力	入力確認 ①	入力確認 ②	入力確認 ③	助成額		振込日	
							円			