

市川市ひとり親家庭の父母等医療費等助成申請書

年 月 日

市川市長

申請者住所 _____
 氏名 _____
 電話 () _____
 個人番号 _____
 1月1日現在の住所 _____

次のとおり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。

受診者		生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
-----	--	------	-------	---------	--

※加入医療保険及び振込口座欄は新規もしくは変更する場合、記入してください。

加入医療保険	保険者番号		記号・番号	
	保険者名		保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他
	被保険者(組合員)氏名		資格取得年月日	年 月 日
	その他			
振込口座	銀行金庫組合		支店番号	支店出張所
	口座番号	普通 ()	フリガナ 口座名義人	
承諾欄	助成資格の審査のため所得額等(市川市ひとり親家庭等の医療費等の助成に関する規則第6条第1項各号に規定する内容)について市川市が公簿等で確認することに同意します。 ただし、公簿等で確認できない場合については、市の指定する証明書等を提出します。			
	※所得の適・否		申請者氏名	印
			氏名	印
			氏名	印
			氏名	印

受付者：

※これより下欄は記入しないでください。

○住民登録(□母子家庭・□父子家庭) ○所得の適・否(□適・□否) ○市民税課税状況(□課税・□非課税) ○附加給付額(□有 円・□無) ○附加給付内容 ○その他記載事項 _____月振込 1入院 2医科 3歯科 4調剤	助成額の合計	入院 (A)	円
		通院・調剤(B)	円
		合計 (A) + (B)	円