

記入例

様式第1号(第6条関係)

受給者番号 **※記入不要**

市川市ひとり親家庭の父母等医療費等助成申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

市川市長

申請者住所 **市川市南八幡2-20-2**

氏名 **八幡 花子**

電話 **〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇**

個人番号 **〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

1月1日現在の住所

申請時と異なる場合のみ、市区町村名までを記入してください。

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	八幡 花子	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	申請者との続柄	本人
-----	--------------	------	--------------------	---------	-----------

※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	〇〇〇〇〇〇〇〇	記号・番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇
	保険者名	〇〇健康保険組合	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	八幡 花子	資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	その他			

振込口座	銀行 市川 支店番号 市川 支店出張所	
	口座番号 普通 1234567	フリガナ口座名義人 ヤワタ ハナコ 八幡 花子

承諾欄	<p>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。</p> <p>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。</p>	
	<p>一緒にお住まいの18歳以上の方(扶養義務者といいます)の氏名を記入してください。</p>	<p>申請者氏名 八幡 花子 氏名 八幡 太郎 氏名 市川 次郎 氏名</p>
※所得の適・否		

八幡印
八幡印
市川印

受付者：

※これより下欄は記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 住民登録(<input type="checkbox"/> 母子家庭・ <input type="checkbox"/> 父子家庭) <input type="checkbox"/> 所得の適・否(<input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 市民税課税状況(<input type="checkbox"/> 課税・ <input type="checkbox"/> 非課税) <input type="checkbox"/> 附加給付額(<input type="checkbox"/> 有 円・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 附加給付内容 <input type="checkbox"/> 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