

市川市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

年 月 日

市川市長

申請者住所
氏名
電話 ()

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	高額療養費等に係る承諾書 (同月内で21,000円(7,000点又は10,500点)以上の医療費の支払いがある場合のみ記入) 私は、助成金の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。 被保険者(組合員)氏名 印					
	※所得の適・否					

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