

記載例

様式第8号(第14条関係)

受給者番号

市川市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

市川市長

申請者 住所 市川市八幡1-1-1
氏名 八幡 太郎
電話 047(334)1111

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 太郎	生年月日	平成〇年〇月〇日	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又は変更をする場合、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	保険証の写しを添付してください						
	被保険者(組合員)氏名				年月日	年	月	日
	その他							
振込口座	市川		銀行	支店番号	本八幡		本店	
			金庫組合	〇〇〇			支店	
口座番号		普通	1234567	口座名義人(カタカナ)		ヤワタ タロウ		
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 八幡 太郎							
	※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