

第4号様式（第9条第1項）

木更津市ひとり親家庭等医療費等給付申請書

令和 年 月 日

木更津市長 様

(〒 292 -)

住 所 木更津市

電話番号

氏 名 印

木更津市ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ			
受診者氏名			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
申請者との続柄			
加入医療保険	保険者名		
	記 号	番 号	
<input type="checkbox"/> 現在申請している内容と同一	附加給付	有 ・ 無 自己負担限度額 円 円未満切捨て 円未満不支給	
受給している他の公費負担制度	有 (名称) 無		
受給している他の医療費助成制度	有 (名称) 無		
振込先	金融機関名	支店名	
	種 別	1 普通 2 当座	
	口座番号		
	名 義 人		