

木更津市ひとり親家庭等医療費等給付申請書

令和 2 年 5 月 1 日

木更津市長 様

(〒 292 - 8501)

住 所 木更津市 潮見1-1-101

電話番号 0438-23-7243

氏 名 木更津 花子

木更津

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	キサラツ タロウ		
受診者氏名	木更津 太郎		
生年月日	昭和・平成・令和 15 年 7 月 5 日		
申請者の続柄	長男		
保険	保険者名	木更津市・〇〇社会保険事務所・△△健康保険組合など	
	記号	111	番号 2345
	附加給付	<input checked="" type="checkbox"/> 無 自己負担限度額 20,000円 100円未満切捨て 1,000円未満不支給	
受給している他の公費負担制度	<input checked="" type="checkbox"/> (名称 小児慢性特定疾患医療 ) 無 ( 自立支援医療(精神医療) など )		
受給している他の医療費助成制度	<input checked="" type="checkbox"/> (名称 木更津市精神障害者医療費助成 など ) 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		

届け出ている保険内容に変更がない場合はこちらにチェックがあれば保険内容の記載は不要です。

現在申請している内容と同一