

第6号様式（第12条第1項）

木更津市ひとり親家庭等医療費等給付申請書

年 月 日

木更津市長 様

(〒 - )

住 所

電話番号

氏 名

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	年	月	日
申請者との続柄			
加入医療保険  <input type="checkbox"/> 現在申請している 内容と同一	保険者名		
	記号	番号	
	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	<input type="checkbox"/> 1 児童扶養手当の支払金融機関口座と同じ		
	<input type="checkbox"/> 2 下記指定金融機関口座へ振込		
	金融機関名		支店名
	種 別	1 普通	2 当座
	口座番号		
	口座名義		