

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

令和6年12月1日

木更津市長様

(〒292-8501)

住所 木更津市朝日3-10-19

電話番号 0438-23-7243

氏名 木更津 花子

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	平成15年7月5日			
申請者との続柄	長男			
加入医療保険 □現在申請している 内容と同一	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	☒ 有・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	☒ 有 ☐ 無	名称 小児慢性特定疾患医療・) 自立支援医療 など		
受給している他の医療費助成制度	☒ 有 ☐ 無	名称 木更津市精神障害者医療費助成) など		
振込先	☐ 1 児童扶養手当の支払金融機関口座と同じ			
	☒ 2 下記指定金融機関口座へ振込			
	金融機関名	千葉銀行	支店名	木更津支店
	種別	☒ 1 普通 2 当座		
	口座番号	1111111		
	口座名義	キサラツ ハナコ		