

第6号様式(第9条関係)

ひとり親家庭等医療費等給付申請書

年 月 日

長生村長 小高 陽一 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

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。

対象受給資格者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。						
受給者番号							
加入医療保険	保険者名						
	記号・番号						
	被保険者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。					
	付加給付	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 自己負担限度額		円 円未満切捨て			
振込先	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 支所			
	普通・当座	口座番号					
	口座名義	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。					

(添付書類)

ひとり親家庭等医療費等計算書 (第7号様式)

又は計算書の内容を確認することができる保険医療機関等が発行する領収書