様式第7号（第３条関係）

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円

初・課

太枠の中だけ記入してください。

字加入 字抹消

受給者証の番号		受給者氏名	明・大・昭・平　年　月　日生
健康保険証の名称		記号・番号	
第三者行為又は学校管理下のけがの該当	有・無		

上記のとおり領収書その他の証拠書類　　枚及び添付書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

宛先　小樽市長　　電話

住所　小樽市　　丁目　　番（地）　　号
町

氏名　　印

字加入 字抹消

支払区分	1	窓口払	4	口座振込払	7	隔地払	△	支払特例	

口座振込の場合

振込先	銀行 組合 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
（フリガナ） 口座名義人					銀行コード	

受領を委任する場合

小樽市　　丁目　　番（地）　　号
町

私は　　を代理人と定め上記の受領を委任します。

平成　年　月　日

氏名　　印

（証拠書類はこども福祉課給付係にて保管）