

# 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。

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

氏名 \_\_\_\_\_ 印

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	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
	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

(証拠書類は高齢・福祉医療課福祉医療係にて保管)

○

字  
字  
加  
抹  
入  
消

○

字  
字  
加  
抹  
入  
消