

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
----	---	---	---	---	---	---	---	---

太枠の中だけ記入してください。

初・課

○

受給者証の番号		受給者氏名	昭・平・令 年 月 日生		
健康保険証の名	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。					
令和 年 月 日					
宛先 小樽市長					
電話					
住所 小樽市 丁目 番(地) 号					
氏名					
印					

字字
加抹
入消

○

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

字字
加抹
入消

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。			
	令和 年 月 日	氏名		
印				

(証拠書類は、こども福祉課にて保管)

給付入力	口座入力	受 付