

【記載例】

函館市 **ひとり親家庭等** 医療費助成金交付申請書
子どもも

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

函館市長様

住所 函館市 ○ 町 ○ 丁目 (番地) ○ 番 ○ 号

申請者氏名 **市役所 花子**

受給者との続柄 (本人・父 **母**)

電話 **0138-12-3456**

申請者は保護者の方です。お子さんの名前で申請はできません。

次のとおり **ひとり親家庭等** 医療費助成金の交付を受けたいので申請します。
子どもも

対象者	受給者証の受給者番号	0001234	生年月日	大正昭和 平成令和	○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	市役所 緑			

申請額 **申請額欄は何も記入しないでください。** 円

支払区分		②	金融機関名	○○○○ 銀行 店番(○○○)
1 現金払	1 本庁		口座番号	普通 当座 ○○○○○○
	2 戸井	フリガナ	シヤクシヨ ハナコ	
	3 亀田	口座名義人(申請者)	市役所 花子	

4 湯川 7 榎法華
5 恵山
6 南茅部
8 支店

口座振替払

保護者名義の口座に振込します。お子さん名義の口座にはお振込できませんので、ご注意ください。

- 治療用装具を作成した際の助成金申請 入院 通院 病院名()
- スポーツ振興センター(災害給付金)申請 有 無

治療用装具を作成した場合は、必ず☑し、病院名を記入してください。

ここから下は市で記入する欄です。