

【 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

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 太郎**

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。お子さんの名前での申請はできません。

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

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	<u>普通</u> 当座	○○○○○○○
	2 亀田	フリガナ	シヤクシヨ タロウ		組合
	3 湯川	口座名義人(申請者)	市役所 太郎		○○○ 支店
4 銭亀沢	5 戸井	口座振替払			
6 恵山	7 楸法華				
8 南茅部					

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。