

函館市 ひとり親家庭等 医療費助成金交付申請書

函館市長様
 住所 函館市 町 丁目 (番地) 号
 申請者氏名
 受給者との続柄 (本人・父・母)
 電話

次の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。

対象者	受給者証の 受給者番号	生年月日	大昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏名						
申請額		円					
支払区分		2 口座 振替 払	金融機関名	銀行 店番() 金庫 組合 支店			
1 現金 払	1 本庁 5 戸井 2 亀田 6 恵山 3 湯川 7 榎法華 4 銭亀沢 8 南茅部		口座番号	普通・当座			
			フリガナ				
			口座名義人 (申請者)				

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

医療費 助成 金 決 定 調 書	資格取得年月日	年 月 日			
	自己負担区分				
	年齢・親子区分	歳 母・子(母) 父・子(父)	歳 母・子(母) 父・子(父)	歳 母・子(母) 父・子(父)	歳 母・子(母) 父・子(父)
	道市区分	道・市	道・市	道・市	道・市
	負担区分	1割・初診・なし	1割・初診・なし	1割・初診・なし	1割・初診・なし
	診療年月日	年 月	年 月	年 月	年 月
	診療区分	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育
	自己負担額				
	一部負担金				
	保険給付額				
	助成金決定額	円	円	円	円
	拡大助成金額	()円	()円	()円	()円
	備考				
助成金 合計額	円		受付印	受付者	