

その2

領収書添付枚数_____枚

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所
氏 名
電話番号

医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受 診 者	受給資格証番号										加 入 健 康 保 険	保険者番号										
	ふりがな氏名											記号										
	個人番号												番号									
	生年月日							申請者との続柄				被保険者氏名										

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

医療費助成の確認に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

加入健康保険の 被 保 険 者	住所		個人番号																
	氏名	(署名又は記名押印)										生年月日	年 月 日						

- 備考 1 医療費領収書を添付してください。
 2 処理欄は、記入しないでください。

処理欄	1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額 6・押野 7・浅川 8・新神田 9・泉野 10・元町 11・駅西 12・泉野 HC 13・元町 HC 14・駅西 HC 15・本庁 16・湊 17・本町 18・近江町																				
〈備考〉	自費・保険外		申請期限切れ		対象年齢外		対象者外														
番号	個人	通知	住民	端末											確認不可	その他					
本人確認	個人	免許	手帳	在留	旅券	保険	介護	年金	その他											確認不可	