領収書枚数をご記入ください。

領収書添付枚数＿＿〇＿＿枚

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）　金 沢 市 長

母、父または養育者の方の住所、氏名等をご記入ください。

〒　〇〇〇　－　〇〇〇〇

申請者　住所　金沢市　広坂〇丁目〇番〇号

方書　〇〇〇アパート　〇〇〇　号室

氏名　金沢　花子

（TEL　〇〇〇　－　〇〇〇〇　）

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。

（資格証番号は左詰記入）

受給資格証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者番号	x x x x x x x x
ふりがな 受診者氏名	かなざわ　たろう 金沢　太郎	記号	x x x
		番号	x x x x
受診者の生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 〇〇 年　〇〇月　〇〇日	申請者との続柄	子
		被保険者氏名	金沢　花子

親は9桁、児童は7桁（旧の番号の場合は、資格証番号と枝番）を記入してください。

加入健康保険をご記入ください。

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。	氏名　金沢　花子　（署名又は記名押印）

受診された方の受給資格証番号、氏名等をご記入ください。受給資格番号については備考２参照

申請者の方の氏名をご記入ください。（署名又は記名押印をお願いします。）

備考１　医療費領収書を添付してください

備考２　受給資格証番号について

〇有効期限が平成２７年７月以降の受給資格証（一人一枚用、親用は緑色、児童用は白色）をお持ちの場合は、資格証番号を左詰で記入してください。（親は９桁、児童は７桁になります）

〇旧資格証（平成２７年６月以前の世帯ごとの証）をお持ちの場合は、資格証番号と枝番を続けて記入してください。

受付場所	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