

茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

住 所

申請者 氏 名

電 話 ()

次のとおり茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費の助成を申請します。

負担者番号	8	5	1	4	0	0	8	5	健康保険情報	<input type="checkbox"/> マイナ保険証
受給者番号										<input type="checkbox"/> 資格確認書等の写し
対象者氏名	1				生年月日	年	月	日		
	2					年	月	日		
	3					年	月	日		
	4					年	月	日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収証 件 <input type="checkbox"/> 支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 医師の作成指示書・装具証明書				申請内容	添付書類のとおり				
特記事項										

【記入不要】

支給決定額	百	十	万	千	百	十	円	受 付 印
保険種類	申請の種類		件数	日数	金額			
								受付担当者