

記入例 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

(あて先) 茅ヶ崎市長	保護者の住所・氏名・電話を記入 請求者・口座名義人と同一氏名 住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎●-●-● 申請者 氏名 茅ヶ崎 太郎 電話 099(●●●●)●●●● 080 茅ヶ崎 太郎	令和 ●年 ●月 ●日 訂正箇所には、二重線 近くに署名(フルネーム)が必要
負担者番号 8 5 1 4 0 0 8 5 受給者番号 ● ● ● ● ● ● ● ●	健康保険情報	<input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書等の写し
保護者の受給者番号 1 茅ヶ崎 太郎 2 茅ヶ崎 麻呂 対象者氏名	受診した方の氏名 1 茅ヶ崎 太郎 2 茅ヶ崎 麻呂 3 4	生年月日 ●年 ●月 ●日 ●年 ●月 ●日 年 月 日 年 月 日
添付書類 <input checked="" 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	資格確認書等をお持ちの場合 は、チェックし、コピーを添付 マイナ保険証を使用している場 合はコピーは提出不要
特記事項		

【記入不要】

保	記入不要
---	------