

記載例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 江別市長

申請者は父または母を記入し、  
振込先口座の名義人は同じ方を  
記入してください。

申請者 住 所 江別市高砂町6番地  
氏 名 江別 花子  
個人番号 0000 1111 2222  
電話番号 011-123-4567

江別市ひとり親家庭等医療費助成条例第7条第2項の規定による医療費の支給を申請します。

受給者	受給者証号	2111111		医療保険記号・番号	江別市国保 江別 9876543	
	住 所	江別市高砂町6番地				
	氏 名	江別 次郎		生 年 月 日	平成△年△月△日	
	個 人 番 号	6666 7777 8888				
口座振込先	金融機関名	江 別		銀行 信組	信金 農協	高 砂 店
	口座種類	普通	当座	口座番号	△△△△×××	
	フリガナ	エベツ ハナコ				
	口座名義人	江別 花子				

内訳

年	月	医療機関名	診療科	区分	年齢	課・初	枚数	受給者支払額	初診	一部負担金	支給決定額
							枚	円		円	円
記入不要											
合計											

(備考)

(受付印)

(検印)