

様式第 5 号(第 7 条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

令和 年 月 日

伊万里市長 様

申請者住所 伊万里市 町 番地  
(受給者) 氏 名  
電 話( — )

このとおり必要書類を添えて申請します。

なお、ひとり親家庭等医療費助成金の交付にあたり、伊万里市が公有公簿等により調査することに同意します。

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号	伊ひ第 号		
	1	2	3
ふりがな			
対象者氏名			
生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日

加入 医療 保険	被保険者氏名	1 申請者に同じ その他 ( )
	保険証記号番号	
	保険種別	国保 協会 組合 共済 その他 ( )
申 出 欄	今回診療月以前 1 2 月間に、同一健康保険等加入者が、3 回以上高額療養費の { ・支給を受けている } { ・支給を受けていない } ことを申し出ます。	