領収書左上の角をあわせ

この申請書のうしろにとじる

ひとり親家庭等医療費支給申請書

 令和　　　　年　　　　月　　　　日

（宛先）津幡町長

 　申請者（受給資格者）氏 名

 　　　　　　　　　　　住 所　津幡町

 　　　　　　　　　　（電 話　　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　）

次のとおり支給を受けたいので申請します。なお、支給決定に係る住所、加入健康保険及び所得の確認に同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給対象者 | 支給申請額 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受給者番号 |  |