

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		