

ひとり親家庭等  
助成金

記入例

重度心身障がい者・ひとり親家庭等医療費助成金支給申込書

千歳市長様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申込者 住 所 **千歳市東雲町2丁目34番地**

氏 名 **千歳花子**

電話番号 **0123-24-0289**

受給者との続柄 (本人・夫・妻・父・**母**・ )

個人番号

重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭等医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

① 振込先の口座名義人と同じ方の住所、氏名、電話番号を記入し、受給者との続柄に○をつけます。

② 受給者証に記載されている『受給者番号』と、健康保険証に記載されている『記号・番号』を記入します。

ここに記載されています。

健康保険 家族(被扶養者) 01111  
被保険者証 平成26年 3月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 千歳市 千歳花子  
生年月日 昭和 18年 10月 1日  
性別 女  
認定年月日 平成 26年 6月 1日  
被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 ○○ 株式会社  
保険者番号 01101100116  
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部  
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○○

ひとり親家庭等医療費受給者証

公費負担者番号 95010245 受給者番号 3000000

住所

氏名

生年月日 平成 年 月 日

有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

発行機関名及び印 北海道千歳市長

交付年月日 平成 年 月 日

③ 受給者の氏名、生年月日を記入します。

④ 振込先口座の口座名義人、預金種目、金融機関、店番号、口座番号を記入します。

申 込 者	受給者番号	30000000	健康保険証記号番号	21700023 - 21
	個人番号			
内 容	氏名	千歳 桃子	生年月日	大正・昭和・平成・令和 25年 3月 3日
	フリガナ	チトセ ハナコ		
振 込 先	口座名義人	千歳 花子	預金種目	普通・当座・( )
	金融機関	ゆうちょ 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 協同組合	店番号	1980123456
			口座番号	

決	課長	係長	係	決定年月日	令和 年 月 日
1	上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。			(親初・親課)(障初・障課・老初・老課)	

ご利用可能 通常貯金ご利用の上限額 10,000,000円

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される次の内容をご指定ください

【店名】一九八(読み イチキユウハチ)  
【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

この口座は通帳とも1枚です。

ゆうちょ銀行の方は、通帳の表紙を一枚めくったページの下段に記載されている、店番と口座番号を記入してください。