

重度心身障がい者
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。

申 込 内 容	受 給 者	受給者番号	4 0 0 0 0 0 0	健康保険証 記号番号	21700023 - 21
		個人番号			
	振 込 先	氏 名	千 歳 花 子	生年月日	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 3 6 年 6 月 8 日
		フリガナ	チトセ ハナコ	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	1 9 8	本店 本所 支店	店 番 号 口 座 番 号 1 9 8 0 1 2 3 4 5 6

決 裁 課 長	係 長	係	決定年月日	令和 年 月 日
決 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)			

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。



重度心身障がい者医療費受給者証	
公費負担者 番号	47010244
受給者 番号	4 0 0 0 0 0 0
住 所	
氏 名	
生年月日	昭和 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。

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。

ご利用 種別	通常貯金ご利用の上限額	10,000,000円
キャッシュサービス	代理店カード	デビットサービス
定期定額自動引き落とし	定期定額自動引き落とし	
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		