

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

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。



公費負担者番号		47010244	受給者番号	4000000
住所	千歳市東雲町2丁目34番地			
氏名	千歳花子			
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			

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。

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。

受給者	受給者番号	40000000	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 36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	口座名義人	千歳花子	店番号	1980123456
	金融機関	ゆうちょ	口座番号	198

ご利用種別 (普通貯金) 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

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。

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)			