

第 6 号様式

母子家庭・父子家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市
申請者 氏 名
電話番号

母子家庭・父子家庭等医療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受 診 者 氏 名	性 別	生 年 月 日	続柄	受給者番号
	男・女	年 月 日		
	男・女	年 月 日		
	男・女	年 月 日		
	男・女	年 月 日		
	男・女	年 月 日		

振込先口座

金融機関名	銀行・農協 信用金庫						
	支店・本店 支所						
口座種別	普通 ・ 当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							

【確認欄】該当する内容に☑を入れてください。

学校等での負傷等による領収書が含まれていない	☐ はい ☐ いいえ
領収書の原本返却について	☐ 希望する ☐ 希望しない
提出する領収書の枚数	枚