

# 母子家庭等医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)岡 崎 市 長

申請者(扶養義務者)
住所.....
氏名.....
生年月日 昭和・平成 年 月 日
連絡先( )
個人番号 <input type="text"/>

届出者  
申請者と同じ

住所.....

申請者と同じ

氏名.....

申請者との続柄( )

次のとおりですので、母子家庭等医療費助成金を交付してください。

受給者番号		受給者名	
振込先	申請者	申請者以外	
母子家庭等医療費助成金振込口座	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店	支店
金融機関コード	<input type="text"/>	口座種別	1 普通 ・ 2 当座
口座名義(カタカナ)		口座番号	<input type="text"/>

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

申請者以外の方へ振込を希望の場合は下記「受領委任状」の記入が必要です。

【受領委任状】

この助成金の受領を  
申請者と同じ  
(住所).....

(氏名)..... (申請者との続柄.....) に委任します。

申請者..... ( )  
( )本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

保険者番号	<input type="text"/>	
記号番号	<input type="text"/>	
保険資格取得日	年 月 日	受付
母子家庭等医療有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	

次回番号持参依頼

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他（ ）
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・ 在留カード・障がい者手帳（顔写真付き）・その他（ ）
	A ) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・ 児童扶養手当証書・その他（ ） B ) 学生証・キャッシュカード・診察券・その他（ ）

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点（A+A又はA+B）を確認すること。