

母子家庭等医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....岡崎市十王町2丁目3番地.....

氏名.....岡 崎 和 子.....印

(電話 局 番)

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。

受給者証の番号	3 3 3 3 3 3 3	助成対象者の氏名	岡 崎 花
申請区分	医科(入・外)・ <u>歯科</u> ・調剤・柔整・鍼灸・看護料・治療用装具・その他()		
診療を受け始めた年月日	平成 年 月 日		
保険給付区分	[<u>国保(退職)</u> 世帯主・世帯員] [社保等 被保険者・家族]		
母子家庭等医療費助成金振込口座	銀行 <u>信用金庫</u> 支店 農業協同組合		
金融機関コード		口座種別	<u>1</u> 普通 ・ 2 当座
口座名義(カナ)	オカザキ カズコ	口座番号	0 8 8 8 8 8 8

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

保険者番号								
記号番号								
個人コード								
取得日	年	月	日					
変更月	年	月						受付
喪失日	年	月	日					
区分	県費		市費					