

様式第8号（第16条第1項）

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号 ()

ひとり親家庭等医療費等助成申請書

次のとおり医療費等助成を受けたいので、四街道市ひとり親家庭等医療費等助成条例施行規則第16条第1項の規定により申請します。

受 診 者	氏 名			申請者との続柄	
	住 所			生年月日	年 月 日
者	加入 保険	記号一番号	—		
		保険者名称			

備考

- 1 婚姻や世帯構成員の追加等による世帯構成の変更、加入保険の変更、転出等、資格に関する事項に変更が生じたときは、速やかに届け出てください。
- 2 高額療養費及び附加給付金について四街道市が過払いとなっている場合は、返還していただきます。
- 3 偽りその他不正の行為により医療費等助成を受けたときは、その助成した額の全部又は一部を返還していただきます。