

第3号様式(第5条)

ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

(宛先) 茂原市長

申請者 住所 茂原市

氏名

電話

次のとおり医療費等の助成を申請します。

なお、助成を受けるにあたり、茂原市が算定に必要な世帯員の住民基本台帳及び住民税の課税台帳等の確認を行うことに同意します。

また、課税台帳等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

受 診 者	住 所	申請者と同じ・その他( )		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	本人・対象児童

加 入 医 療 保 険	保険者名			
	被保険者記号		被保険者番号	
	本人家族の別	本人・家族	資格取得日	年 月 日
	附加給付	無・有 自己負担限度額 円 円未満切捨て		