様式第４号（第６条関係）

|  |
| --- |
| **母子・父子家庭医療費支給申請書**　　年　　　月　　　日　　蟹　江　町　長　殿蟹江町住　所　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり母子家庭等医療費の支給を申請します。 |
| 受給者 | 受給者証番号 | **８５０** |
| 住所 | 蟹江町 |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 傷病名 |  |
| 医療機関名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 申請額 |  | 円 | 附加給付の有無 | 有　・　無 |
| 支払口座 | 　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　支店　（普通・当座）フリガナ　口座番号　　　　　　　　　　　口座名義　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請理由 |  |
| 加入医療保険 | 　記号番号　　　　　　　　　　　　保険者名　　　　　　　　　　　 |

（注）医療機関の領収証等を添えて下さい。