　　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。