

必要書類（記入済みでも変更がある場合、必ずご持参ください。）

【償還払い】

□受診者の保険証 □振込先がわかるもの

※ お子さんの医療費助成にはお子さんの保険証が必要です。

受給者番号

第11号様式（第12条第3項）

浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金交付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

（〒279-0000）

申請者 住所 浦安市猫実1-1-1  
氏名 浦安 一郎  
電話番号 090-0000-0000（日中つながる番号）

次のとおり浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金を受けたいので、申請します。

ふりがな	うらやす はなこ			男	申請者との続柄	本人・子・その他			
受診者氏名	浦安 花子			女	生年月日	平成15年4月2日			
加入医療保険	保険者名	東京支部	健康保険組合 全国健康保険協会 千葉県国民健康保険 共済組合		保険者番号	01130013			
	被保険者名	浦安 一郎			資格取得年月日	令和2年4月1日			
	電話番号				記号	00000000	番号0000		
振込先	ゆうちょ 銀行・信用金庫			普通貯蓄	〇一八 支店・出張所				
	金融機関コード	9	9		0	0	支店コード	0	1
	口座番号	0000000 (7ケタ)			フリガナ	ウラヤス イチロウ			
				名義	浦安 一郎				
確認事項	学校管理下での負傷又は疾病である。			<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	第三者行為による負傷である。			<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
児童扶養手当証書番号	第 72000000 号								

父、母又は養育者・児童・扶養義務者の氏名等

父・母・養育者	ふりがな	うらやす いちろう		生年月日	昭和50年3月31日
	氏名	浦安 一郎			
対象児童	ふりがな	うらやす はなこ	うらやす たろう	生年月日	年 月 日
	氏名	浦安 花子	浦安 太郎		
扶養義務	ふりがな	うらやす じろう		生年月日	年 月 日
	氏名	浦安 次郎			
	生年月日	昭和52年8月31日	年 月 日	年 月 日	年 月 日