

第4号様式
第6号様式

船橋市子ども医療費助成金交付申請書
船橋市ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

船橋市長 あて

申請者	住所	船橋市湊町2-10-25
	フリガナ	フナバシ タロウ
	氏名	船橋 太郎
	電話番号	047-436-3316

子ども医療費に係る助成金の交付

を受けたいので、次のとおり申請します。

ひとり親家庭等医療費の助成

フリガナ	フナバシ タロウ	フナバシ ジロウ	
氏 名	船橋 太郎	船橋 次郎	
受給者番号	1234567	1234567	
生年月日	S・H・R 〇年 〇月 〇日	S・H・R 〇年 〇月 〇日	S・H・R 年 月 日
年齢	35 歳	12 歳	歳
学年	年	中1 年	年
領収書枚数	3 枚	5 枚	枚
保険者名	☒ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ 国民健康保険 ☐ 上記以外 ()	☒ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ 国民健康保険 ☐ 上記以外 ()	☐ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ 国民健康保険 ☐ 上記以外 ()
振 込 先			
金融機関名称	船橋 銀行・金庫 組合・農協	支店名	湊町 支店 出張所
口座種別	普 通	店番号(3ケタ)	〇〇〇
口座名義人	(フリガナ) フナバシ タロウ	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
転出(予定)の方の記入欄			
転出年月日	令和 年 月 日	連絡先	TEL
通知文送付先住所	〒 ー		

(2021.8.1)

※ 郵送でご提出される場合は、下記の①および②の書類を送付してください。

- ① 船橋市ひとり親家庭等医療費助成申請書
- ② 領収書の原本