

野田市ひとり親家庭等医療費助成金受給資格認定申請書

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

家 族 構 成	氏名	生年月日	申請者との続柄	個人番号
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			
	住 所			
	記 号		番 号	
	保 険 者 名 称			
	所 在 地			
	交 付 年 月 日		資格取得年月日	
1月1日現在の住所				
生活保護受給状況		<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中		
<input type="checkbox"/> 受給資格の要件及び助成金の支給の所得要件について、野田市保有の公簿等により市の職員が確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 受給資格の要件及び助成金の支給の所得要件に係る審査に際して、住民票関係情報及び地方税関係情報を野田市が個人番号を利用して確認することに同意します。				
申請者氏名 ㊞				
金融機関名				
口座番号		普通 当座		
ふりがな 口座名義人		-----		