

第4号様式の2（第4条、第2条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

受給者番号							
(ふりがな) 氏 名				男 女	生年 月 日	年 月 日生	
住 所	(〒 —) (電話番号 —)						
市（町村）長 殿 上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成金の支給を申請します。 年 月 日 申請者 氏名							

（注意）裏面も忘れずに記入ください。