

福祉医療費助成申請書

年 月 日

近江八幡市長

宛

申請者 住所

氏名

印

電話番号

近江八幡市福祉医療費条例施行規則第10条の規定により、福祉医療費の助成を受けたく申請します。

助成申請額	金 円		
受領年月	年	月分 (入院・通院)	
受給券	福祉番号	受給者番号	
助成対象者名		生年月日	年 月 日
保険者名	<input type="checkbox"/> 社保等( )・ <input type="checkbox"/> 国保一般・ <input type="checkbox"/> 退職国保 (該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。社保等の場合は保険者名の記載をおねがいします。)		
摘要			
備考			
支払希望機関	銀行	支所 出張所	口座番号
	ふりがな		
	預金名義人		
算定	※ <input type="checkbox"/> 附加給付 <input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 他公費( )		
(注)1. ※印欄は記入しないでください。	支給決定額	※ 円	
	本人確認 <input type="checkbox"/>	受付日 /	担当