

様式第4号（第10条関係）

福 祉 医 療 費 助 成 申 請 書					
年 月 日					
米原市長 様					
申請者 住所 氏 名 電話番号					
米原市福祉医療費助成条例施行規則第10条の規定により、福祉医療費の助成を受けたいので申請します。					
助 成 申 請 額	金 円				
受 療 年 月	年 月 日分 （入院・通院）				
受 給 券	福祉番号 受給者番号				
助 成 対 象 者	(氏名) 年 月 日 生まれ 歳				
保 険 者 称 名	☐ 国保 ☐ 全国健康保険協会 _____ 支部 ☐ （その他） _____				
加 入 医 療 保 険 記 号 ・ 番 号	記号 番号				
摘 要					
振込先					
金 融 機 関	銀行・金庫 本店・支店 農協 支所・出張所				
預 金 種 別	普通 ・ 当座				
口 座 番 号					
フリガナ					
口座名義人					
<table><tr><td>福祉医療助成分</td><td>※ 円</td></tr><tr><td>市単独助成分</td><td>※ 円</td></tr></table>		福祉医療助成分	※ 円	市単独助成分	※ 円
福祉医療助成分	※ 円				
市単独助成分	※ 円				
(注) 1 ※印欄は記入しないでください。 2 申請者欄は助成対象者名または保護者名を御記入ください。 3 口座名義人が申請者（請求者）と異なる場合は、下記委任欄に必ず御記入ください。 4 医療に要した費用の額を証する書類を添付してください。 <table><tr><td>支給決定額</td><td>※ 円</td></tr></table>		支給決定額	※ 円		
支給決定額	※ 円				
委 任 欄	上記福祉医療費の受領の権限を _____ に委任します。 委任者（申請者）氏名 _____				