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  住所  　　　　　　　　　　　申請者　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  名称 | | | □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  農協 | | 本店・支店  支所・出張所 | |  | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | |  | 福祉医療助成分 | | ※  円 |  |
| 口座番号 |  | | | | 市単独助成分 | | ※  円 |
| フリガナ |  | | | |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| （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。 | | | | | 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 |