様式第４号（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老人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  　　米原市老人福祉医療費助成条例施行規則第９条の規定により、老人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 | | | □国保　　□（その他） | | | | |
| 指要 | | |  | | | | |
| 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 | | | | |
| 口座番号 |  | | | | |
| 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 | 上記老人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 |