

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	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> (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 _____
-----	--