

次の事項を確認されましたら□に✓してください。

□学校管理下でのケガは、日本スポーツ振興センター災害共済給付制度が適用される場合があります。

□災害共済給付制度と福祉医療費助成制度から二重に給付を受けることはできません。

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 保 険 者 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 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>※</td><td>円</td></tr><tr><td>市単独助成分</td><td>※</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。 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 _____						