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）　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 保険証　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　　　　　　　　　　　　　　　 |