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　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	

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿