様式第３号（第８条関係）

重度心身障がい老人等福祉助成費助成申請書

年　　月　　日

米原市長　様

住　　所
申請者　氏　　名
電話番号

米原市重度心身障がい老人等福祉助成費助成要綱第８条の規定により、福祉助成費の助成を申請します。

助成申請額	金　　円
受療年月	年　　月　　日分　　（入院・通院）
助成券	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	□後期高齢者医療
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	

（注）１　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。
２　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。

支給決定額	※ 円

添付書類：医療に要した費用の額を証する書類　　※印欄は記入しないでください。

委任欄	上記福祉助成費の受領の権限を ＿＿＿＿＿＿＿＿ に委任します。 委任者（申請者）氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿