

福祉医療費支給申請書

〇 年 〇 月 〇 日

(あて先)
羽島郡岐南町長 宛

申請者 住所 羽島郡岐南町〇〇〇丁目〇〇番地
氏名 岐南 太郎
電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番 号	〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇	申 請 者 との続柄	子
	ふりがな 氏 名	ぎなん はなこ 岐南 花子		
	生 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日 生		

〇 年 〇 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 書

1
2
3

上

一

上

この部分は、領収書がある場合は記入不要です。
領収書がない場合は、福祉課までお問合せください。

10割自費診療の場合には、証明を書かないでください。

決 裁

支 給 内 訳

この部分は記入不要です。

日
日
日

頁
円

口 座	金 融 機 関 名	口 座 名 義	口 座 種 別	口 座 番 号
	〇〇銀行 〇〇支店	ギナン タロウ	普通	〇〇〇〇〇〇

交付申請時にご登録いただいていた口座をご記入ください。

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。