

福祉医療費支給申請書

○年○月○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	

○年○月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等證明書

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。
10割自費診療の場合には、証明を書かないでください。1
2
3

上記

一

上記

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。

決
裁支
給
内
訳日
日
日頁
の

円

この部分は記入不要です。

口座	金融機関名	口座名義	口座種別	口座番号
口座	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た口座をご記入ください。