申請には領収書（原本）必要

福祉医療費支給申請書

〇 年 〇 月 〇 日

羽島郡岐南町長　宛

申請者
住所　羽島郡岐南町八剣７丁目 107 番地
氏名　岐南　太郎
（電話　　－　　－　　）

受給資格者（患者名）	受給資格者番号	8〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇	申請者との続柄	子
	氏名	岐南（ぎなん）　花子（はなこ）		

振込先金融機関名	口座種別	口座名義	口座番号
〇〇銀行	普通 ・ 当座	ギナン　タロウ	〇〇〇〇〇〇〇
〇〇　支店・本店			

交付申請時に登録いただいている口座をご記入ください
※分からなければ空欄で構いません

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、この証明を書かないでください。

2
3
保
上記
一
上

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

決裁	課				日
支給内訳					

岐南町役場福祉課記入欄