

福祉医療費助成申請書

医療証(資格証) 受給者番号		氏名	生
医療 機関名	名称		
	所在地		
医療 内容	入院入院外の別	入院 ・ 入院外	
	期間	年 月 日から 年 月 日までの間	
加入医 療保険	被保険者(組合員)名	保険証記号番号	保 険 者 名

申請額 金 円也

内訳 本人負担額 円 (別紙領収書のとおり)
 控除額 円
 差引 円 (助成対象額)

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
 申請者 氏名
 (助成対象者との続柄)
 TEL

安来市長 様

口座
振
込
依
頼
書

この支払金は、下記指定の預金口座へ振込み願います。

銀 行	本 店	代理店
信用金庫	支 店	
----- 農 協 -----	支 所	----- 出張所 -----

普通預金 (フリガナ)
 当座預金 口座番号 口座名義