

福祉医療費助成申請書			
医療証(資格証) 受給者番号		氏名	安来 太郎
			昭和64年1月1日 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
<p>申請額金 _____ 円也</p> <p>内訳 本人負担額 _____ 円 (別紙領収書のとおり)</p> <p>控除額 _____ 円</p> <p>差 引 _____ 円 (助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="border: 2px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">年 月 日</p> <p>住所 安来市安来町878-2</p> <p>氏名 安来 太郎</p> <p>(助成対象者との続柄 本人)</p> <p>TEL 090-****-****</p> <p>安来市長 様</p>			
口座 振 込 代 理 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

※振込を希望される口座をご記入ください