

福祉医療費助成申請書

令和 年 月 日

山口市長様 住所

申請者氏名

※申請者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

個人番号

受給者証記号番号 -

(受給者氏名
生年月日 年 月 日)

電話番号 -

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

医療費 払込み 指定 金融機関	銀行 信用金庫 農協 ()		本店(所) 支店(所) 出張所	口座番号	
				預金種別	普通 ・ 当座
				フリガナ	
	コ レ ド 等 機 関			氏名	

令和 年 月分

以下 事務処理欄

	領収枚数	1レセプト	負担金			
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	県外 ・ 県内 <input type="checkbox"/> 国保 ・ 他保 ・ 後期 受給資格 <input type="checkbox"/>		
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円			
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円			
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円			
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円			
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円			
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円			
支給額 合計		円 No. /	円	<table border="1"> <tr> <td>入力</td> <td>確認</td> </tr> </table>	入力	確認
入力	確認					

支給月 : 令和 年 月