

記入例(赤枠内を御記入ください)

様式第 10 号 (第 17 条関係)

福祉医療費支給申請書

御記入日

年 月 日

湯沢市長 様

①子ども及びひとり親児童のマル福の場合 ⇒ 父または母が申請者(振込先口座名義と同じ方)

②障がいマル福の場合 ⇒ マル福受給者本人が申請者

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

次のとおり福祉医療費の支給を申請します。

受診者	受給者番号				
	住所				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	電話番号

申請理由	☐ 手帳交付の遅れ	☐ 補装具	受給者本人が加入している医療保険の名称、被保険者氏名、記号、番号を御記入ください。
	☐ 訪問看護	☐ 公費負担医療	
その他 ()			

加入保険	名称			
	保険者番号		保険種別	
	被保険者氏名			
	記号		番号	

振込先	銀行コード			銀行	支店コード	支店
				農協		支所
				金庫		
	口座種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号		口座名義人	

支給決定額	①子ども及びひとり親児童のマル福の場合 ⇒ 父または母の口座	円
	②障害マル福の場合 ⇒ 受給者本人の口座(受給者本人以外の口座を希望される場合は、口座振替依頼書が必要です)	円
		円