

福祉医療費支給申請書

年 月 日

湯沢市長 様

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									
	☐ 新規遡及		☐ 訪問看護									
	☐ 受給者証不提示		☐ 公費負担医療									
	☐ 県外受診		☐ 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 農協 金庫				支店コード		支店			
											支所	
	口座種別		☐ 普通 ☐ 当座	口座番号						口座名義人		

支給決定額	入院	件	円
	入院外	件	円
	合計	件	円