

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

受給者本人の情報を御記入ください。

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
☐ 訪問看護 ☐ 医療費負担
☐ その他 ()

受給者本人の情報を御記入ください。

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。

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 金	受給者本人の口座を御記入ください(受給者本人以外の口座への振込を希望される場合は、口座振替依頼書が必要です)。		円
			円
	合計	件	円