

# 福祉医療費助成申請書

年 月 日

甲良町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり助成をされたく申請します。

助成対象者	福祉番号				受給者番号			
	住所							
	氏名							
	生年月日				性別	男 ・ 女		
加入医療保険	名称							
	保険者番号				保険種別			
	被保険者氏名							
	記号				番号			
振込先	金融機関コード				支店コード			
	口座種別			口座番号	口座名義人 (カナ氏名)			
申請内容	受療年月	区分	日数	助成申請額		高額療養費・ 附加給付の額		
	年 日月	入院 通院 調剤	日	円		円		

支払決定額	円
-------	---

## 注意事項

- 1 当該受療に要した費用額の記載がある医療機関発行の領収書原本を添えて申請してください。
- 2 本人が署名する場合は、押印は不要です。
- 3 印欄は記入しないでください。