

【 福祉医療費助成申請書 記入例 】

様式第9号(第9条関係)

福祉医療費助成申請書 (請求書)					
受給資格者氏名	高崎 太郎		受給資格者証番号	3333333	
保険	受給者本人の氏名、7桁の受給者証番号、生年月日を記入してください			生年月日	明・大・昭・平・令 5年 1月 10日
<p>(宛先) 高崎市長 別添の領収書又は保険診療証明書のとおり診療等を受けたので、福祉医療費助成金の支給を申請(請求)します。</p> <p>なお、助成金については</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア. 私人名義の口座</li> <li>イ. 受領委任した下記の口座名義人の口座</li> </ul> <p>に振り込んでください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>受給者本人(受給者が未成年の場合は保護者)の住所、氏名、日中連絡のつく電話番号を記入してください</p>					
申請者 (受給資格者または法定代理人)	住所	高崎市高松町	氏名	高崎 花子	電話番号 ( 321 ) 1237
申請代行者 (申請書の提出者)	住所	高崎市高松町〇〇番地	氏名	高崎 次郎	申請者との関係 ( 父 ) 電話番号 ( 000 ) 0000
<p>ただし、上記受給資格者に係る申請額(請求額)は、申請者が申請者以外の場合は、住所、氏名、電話番号を記入してください。</p> <p>振込先の口座情報を記入してください</p>					
銀行・農協 信用金庫 信用組合	支店 出張所	口座種別	普通・当座	フリガナ	
コード	コード	口座番号		口座名義人	

市記入欄

上記の助成金の支給申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。

担当	支給決定額	受付	係長	課長
	円			

高・倉・箕・群・新・榛・吉

【確認書類】(申請者)  運転免許証  個番カード  保険証  その他 ( )

(来庁者)  運転免許証  個番カード  保険証  その他 ( )

- 福祉医療費助成取得年月日 ( . . ~ ) 外 一 ㄥ
- 高額医療対象の有無 ( 有 ・ 無 ) 歯 一 ㄥ
- 被保険者の課税状況 ( 課 税 ・ 非課税 ) 調 一 ㄥ
- 振込先口座の入力 入 一 ㄥ
- 保険情報の確認 食 一 ㄥ
- 他 一 ㄥ