

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			受給資格者証番号					
保険種別	国保	国保以外	記号番号		生年月日	年 月 日		
<p>(宛先) 高崎市長</p> <p>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 { ア. 私本人名義の口座 イ. 受領委任した下記の口座名義人の口座 } に振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>(受給資格者又は法定代理人) 氏名 電話番号 ()</p> <p>住所</p> <p>申請代行者 申請者との関係 ()</p> <p>(申請書の提出者) 氏名 電話番号 ()</p> <p>ただし、上記受給資格者に係る 月分福祉医療費助成金</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 150px;">申請額 (請求額)</td> <td style="width: 150px;">円</td> </tr> </table>							申請額 (請求額)	円
申請額 (請求額)	円							
銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種別	普通・当座	フリガナ				
		口座番号		口座				
コード	コード			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
円

受 付	係 長	課 長

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 ()

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