様式第９号（第７条関係）

福祉医療費助成申請書

年　　月　　日

鹿足郡津和野町長　様

届出人　　住所

氏名

TEL

下記のとおり、福祉医療費助成の支給を申請します。

記

受給者証番号				
受給者	氏名			
	生年月日			
	住所			
加入保険	被保険者記号番号			
	保険種別			
	保険者名称			
診療年月			入院外来区分	入院・外来
医療機関名称		領収書のとおり		
医療機関所在地		領収書のとおり		
申請理由		１県外の医療機関等で受診 ２資格証交付前の受診 ３その他（　　）		
本人負担額		円		
控除額		円		
助成対象額		円		
口座情報	銀行名	銀行・農協・信用金庫		
	支店名	本店・支店・出張所		
	口座番号	普通・当座		
	口座名義人（ｶﾀｶﾅ）			