

宇治田原町福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

宇治田原町長 様

住 所 宇治田原町
氏 名

宇治田原町福祉医療費の支給に関する条例施行規則
第10条の規定により医療費の支給を申請します。

医療を受けた者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ																
医療を受けた医療機関名 (総合病院の場合は診療科目)																	
入院・入院外の別及び 医療を受けた期間	入 院 ・ 入院外 R . 月分 日 間																
医療に要した費用	福祉医療費負担金額 (点) 円																
負 担 者 番 号 受 給 者 番 号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
保 険 種 別	国 保 ・ 社 保																

振込先口座 ←前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

振込金融機関・店名	銀行 信用金庫 協同組合 () 本店 支店
口座種別・番号	普通・当座・その他()
口座名義人(カタカナ)	

←窓口払いの場合はチェックを入れてください。