

福 祉 医 療 費 交 付 申 請 書

年 月 日

（宛先）周 南 市 長

申請者 住 所

フリガナ  
氏 名

受給者証  
記号番号

—

電話番号

—

—

福祉医療費の助成を受けたいので、証明書類を添付して申請します。

振 込 先 口 座	
金 融 機 関 名	口 座 番 号
銀行・農協 信用金庫	
本店・支店 支所・出張所	

※以下の欄は記入しないでください。

支 給 決 定 額 （ 計 ）
¥