

福祉医療費交付申請書

(あて先) 周南市長

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

				年 月 日		
(口座申請者名義人)	氏名		電話番号		—	—
	※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。					
	住所	周南市				
(受診者)	(フリガナ)					
	氏名					
	生年月日	年 月 日	受給者証番号	記号	番号	
				—		

支給決定金額は、下記の口座に振り込んでください。

※口座は申請者名義のものに限ります。

金融機関	銀行 信金 農協 労金						支店 支所 出張所 本店	
口座番号							預金種別	普通預金
口座名義人 (カタカナ)								

【市処理欄】

領収書枚数	() 枚	☐ 確認
支給決定金額	円	
エクセル	☐ 入力	AD ☐ 入力

受付印