

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。							
(受給者)	住所	周南市						
	(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)								

※ゆうちょ銀行の場合はコピーを添付してください。

※保育園・幼稚園・学校でケガをした場合は福祉医療受給者証が使用できません。

【市処理欄】

領収書枚数	() 枚	<input type="checkbox"/> 確認
支給決定金額	円	
エクセル	<input type="checkbox"/> 入力	AD <input type="checkbox"/> 入力

口座：目視・コピー添付

受付印
受付者