

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

印

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	
支 払 合 計 金 額	
¥	