

福祉医療費助成費支給申請書

医療の種類				対象者氏名			
受給者番号				生年月日	年	月	日
受給資格開始日	年	月	日	受給資格終了日	年	月	日
被保険者証 記号番号				保険種別			
				保険者名			
				保険加入日	年	月	日
助成費 振込口座				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業部 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> （ ）		
口座種別 口座番号	(普 ・ 当 ・ 貯)			フリガナ			
				口座名義人			
申請の理由	県外受診	国保組合	高額	一般診療	治療用装具	鍼・灸	マッサージ
	証交付前	年 月 日				柔道整復	その他
合計支給額	円		入院 外来				

※診療を受けた医療機関の領収書を添付してください。

上記により医療費の助成を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名 (続柄)

電 話 番 号

伊丹市長 様

マ 免 旅 住 障 保 年 介 B キ 預 ク 診

審査	入力	受付