

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
被保険者等の 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				☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ （ ）	☐ 支店 ☐ 営業部 ☐ 出張所 ☐ （ ）		
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
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