

# 重度心身障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

申請者 住所

氏名

(電話 )

岩見沢市福祉医療費の助成を受けたく、証拠書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号		健康保険	後期・国保・その他
	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
振込先	銀行名	銀行・金庫・農協 信組・( )	本・支店名	本店 支店
	口座番号	普通・当座・貯蓄・( )	名義人	(カタカナで記載してください)

※市記入欄

病院等	別紙領収書のとおり			
資格区分	障初 ・ 障課 ・ 老初 ・ 老課1割 ・ 老課2割 ・ 老課3割   精神			
診療内容	診療区分	入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 整骨 ・ 補装具 ・ その他 ( )		
	支払金額	円		
助成額	円			
内訳				受付印
備考				