

福祉医療費交付申請書

令和 年 月 日
(必ず提出日を記入)

(宛先) 柳井市長

申請者 住 所

(自治会名)

氏 名

確認事項

- ☐ 学校でのケガではありません。
(スポーツ保険の申請をしていません。)
- ☐ スポーツ保険適用の有無を確認することに同意します。
- ☐ 第三者行為ではありません。

受給者証記号番号	—
受給者氏名	(申請者と同じ場合は省略)
連絡先電話番号	

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。

支払方法

- 1 口座振替
- 2 窓口払い（市会計課受取り）

銀行	本店	普通	口 座 番 号	フリガナ
金庫	本所			
農協	支店	当座		口座名義人氏 名
	支所			

※市処理欄

支給決定 円

外 来		
入 院		
調 剤		
補装具		
その他 ()		

口座名義人と申請者は同じ人にしてください。