

福祉医療費交付申請書の記入の仕方

第3号様式（第6条関係）

福祉医療費交付申請書

令和 2 年 4 月 1 日
(必ず提出日を記入)

(宛先) 柳井市長

申請者 住 所 柳井市柳井 1 2 3 4 5 番地

(自治会名 白湯東一)

氏 名 柳井 一郎

受給者証記号番号 7 2 - 9 8 7 6 5

受給者氏名 柳井 花子

(申請者と同じ場合は省略)

連絡先電話番号 22-2111

※申請者と受給者の関係は、原則以下のとおりです。

受給者	申請者
重度心身障害者	本人(または親)
乳幼児、子ども	親
ひとり親家庭	親

口座名義人と申請者は同じ人にしてください。

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。

内容を確認し、チェック欄に「✓」を記入してください。

支払方法

- ① 口座振替
- 2 窓口払い (市会計課受取り)

ゆうちょ	銀行	五五八	本店 本所 支店 支所	普通	口座番号	フリガナ
	金庫 農協			当座	1234567	ヤナイ イチロウ
					口座名義人氏名	柳井 一郎

※市処理欄

※ゆうちょ銀行の場合も支店名を記入してください(通常は通帳に記載あり)。

※支払った医療費の領収書(原本)を提出してください。

外 来		
入 院		
調 剤		
補装具		
その他 ()		