

福祉医療費交付申請書

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

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（市会計課受取）

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

※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。