

福祉医療費支給申請書

受給資格者番号						
資格認定年月日	年 月 日					
受給資格者氏名						
	個人番号					
生 年 月 日	年 月 日					
保 険 者 の 名 称						
医療保険の記号番号						

別添の領収書のとおり診療等を受けたので、前橋市福祉医療費の支給に関する条例第7条第1項の規定に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

(宛先) 前橋市長

年 月 日

住 所

申請者 氏 名 (受給資格者との続柄)

電話番号

私は下記の受領者を代理人として定め福祉医療費の受領に関する権限を委任します。

住 所

受領者 氏 名 (申請者との続柄)

電話番号

下記の口座に振り込んでください。

振込金融機関名	支店名及び店番号	口座番号	名義人氏名
銀行 農協 信金 信組	本店 支店	当座・普通	フリガナ
	店番号		

住 所

来庁者 氏 名 (申請者との続柄)

電話番号

(市町村記入欄)

申請者	受給者・保護者等()	来庁者本人確認	免・個・保・診・()
種別	県内・県外・装具・途福・()	確認書類	福・保・領・支給決定・意見書・()
確認項目	災害給付	該当・非該当	(本人・家族) 年 月診療
	限度額	区分()・不明	高額療養費 該当・非該当
支給額	円	支給日	年 月 日 受付