

※点線の枠内のみ、ご記入ください。

記入例

福祉医療費支給申請書

受給資格者番号	1234567											
資格認定年月日	令和5年 4月 1日											
受給資格者氏名	前橋 花子											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
生年月日	令和元年 4月 1日											
保険者の名称	前橋市国保											
医療保険の記号番号	01100016											

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

申請者欄に受給者本人の情報を記入してください。

※受給者が未成年の場合、保護者が申請することもできます。

○年 ○月 ○日

住所 前橋市○○町○—○

申請者 氏名 前橋 太郎 (受給資格者との続柄 父)

電話番号 080-0000-0000

私は下記の受領者を代理人として定め福祉医療費の支給を受けることができます。

住所

受領者 氏名

申請者と口座名義人は必ず同一氏名

振込みを希望する口座の情報を記入してください。

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
ころとん 銀行 農協 信金 信組	本店 前橋 支店	当座・普通	フリガナ マエハシ タロウ
	店番号 1 2 3	1 2 3 4 5 6 7	前橋 太郎

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	高額療養費 該当・非該当
	限度額	区分()・不明	
支給額	円	支給日	年 月 日 受付