

様式第6号（第10条関係）

老福祉医療高額療養費等支給申請書

年 月 分

受給者氏名		公費負担医療の 受給者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
加入医療保険	保険者の名称		
	記号番号		
他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるか否か <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 受けられる（制度名 一 ）（費用徴収の 有・無 ） 受けられない			
上記のとおり 年 月分の老福祉医療高額療養費等の支給を申請します。 綾部市長 様 年 月 日 申請者 住所 氏名 _____ （電話 _____）			

振 込 口 座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店
	口座番号	普通・当座 （フリガナ） 口座名義

上記の老福祉医療高額療養費等の受領を _____ に委任します。 年 月 日 申請者 ⑩	
---	--