様式第３号（第８条関係）

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

年　　月　　日

綾部市長　　様

申請者　住所

氏名

申請額	金　　円

上記のとおり、　　年　　月分の福祉医療費の支給を申請します。

受給者氏名		診療年月	年　　月診療分
生年月日	年　　月　　日		
医療を受けた医療機関名		診療内容	一般（入院・外来） 歯・調・装具・その他
医療受給者証	障害　・　ひとり親	番号	
加入医療保険	国・国組・協・組合・共	記号番号	

支給決定額は、次の金融機関へ振り込んでください。

振込口座	銀　行　　本店 信用金庫 農　協　　支店	普通・当座 No.	ﾌﾘｶﾞﾅ 名義

上記の医療費の受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。

年　　月　　日

申請者氏名　　㊞

※決裁	課長	担当長	担当	起案	支給決定年月日
				年　　月　　日 起案者	

※積算	総医療費	自己負担額	高額療養費	附加給付額	一部負担金	支給決定額
	(　　点) 円	①	②	③	④	①－②－③－④
		円	円	円	円	円

※欄は記入しないでください。