

福祉医療費支給申請書【重度心身障害者】

年 月 日

（宛先）

岩国市長 様

申請者 住 所 岩国市

氏 名

電話番号（ ） —

次のとおり、領収書を添付の上、申請します。

受給者証記号番号								
受給者	住 所							
	氏 名					生年月日	年 月 日	
診 療 区 分		年 月 診療分				☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 装具		
医 療 機 関								

支払方法 1.口座振替 2.窓口払

振 込 先		金融機関		銀行 金庫 農協				本店・支店 本所・支所 出張所				
		店番										
口 座 番 号									1 普通	2 当座	3 その他	
口座名義人	カナ											
	漢字											

振込口座は、受給者本人の名義のものに限ります。
ただし、未成年の場合は、保護者の名義のものになります。

支給決定金額	円
--------	---