

福祉医療費支給申請書【乳幼児医療】

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、保護者の名義のものに限ります。

支給決定金額	円
--------	---