

重度心身障害者医療助成費支給申請書

|     |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金 額 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|

初・課

太枠の中だけ記入してください。

○

|         |       |                 |
|---------|-------|-----------------|
| 受給者証の番号 | 受給者氏名 | 大・昭・平・令 年 月 日 生 |
|---------|-------|-----------------|

|               |       |
|---------------|-------|
| 健康保険証の<br>名 称 | 記号・番号 |
|---------------|-------|

字字  
加抹  
入消

第三者行為又は学校管理下のけがの該当 有 ・ 無

上記のとおり領収書その他の証拠書類 枚及び添付書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

宛先 小樽市長

電話

住所 小樽市 丁目 番（地） 号 町

氏名

印

○

|         |   |       |   |           |   |       |   |         |
|---------|---|-------|---|-----------|---|-------|---|---------|
| 支 払 区 分 | 1 | 窓 口 払 | 4 | 口 座 振 込 払 | 7 | 隔 地 払 | △ | 支 払 特 例 |
|---------|---|-------|---|-----------|---|-------|---|---------|

字字  
加抹  
入消

|                  |        |           |     |      |      |      |
|------------------|--------|-----------|-----|------|------|------|
| 口 座 振 込<br>の 場 合 | 振込先    | 銀行        | 本店  | 預金種別 | 1 普通 | 口座番号 |
|                  |        | 組合        | 支店  |      | 2 当座 |      |
|                  |        | 金庫        | 出張所 |      |      |      |
|                  |        |           |     |      |      |      |
|                  | (フリガナ) |           |     |      |      |      |
|                  | 口座名義人  |           |     |      |      |      |
|                  |        | 銀 行 コ ー ド |     |      |      |      |

|                                           |                        |    |      |   |
|-------------------------------------------|------------------------|----|------|---|
| 受<br>領<br>を<br>委<br>任<br>す<br>る<br>場<br>合 | 小樽市                    | 丁目 | 番（地） | 号 |
|                                           | 私は を代理人と定め上記の受領を委任します。 |    |      |   |
|                                           | 令和                     | 年  | 月    | 日 |
|                                           | 氏名                     |    |      |   |
|                                           | 印                      |    |      |   |

(証拠書類は、福祉総合相談室にて保管)

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 給付入力 | 口座入力 | 受 付 |
|      |      |     |