

## 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	明・大・昭・平 年 月 日生				
	健康保険証の名 称	記号・番号					
第三者行為又は学校管理下のけがの該当 有・無							
字 字 加 抹 入 消	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。						
	平成 年 月 日						
	宛先 小樽市長		電話 _____				
	住所 小樽市	丁目	番(地) 号				
	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		
	口座振込 の 場 合	振込先	銀行 組合 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	1 普通	口座番号
		(フリガナ)					銀行コード
		口座名義人					
受 領 を 委 任 す る 場 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。						
	平成 年 月 日		氏名				○印

(証拠書類は高齢・福祉医療課福祉医療係にて保管)