

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
---------------	-------

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。

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	
------	---	-----	---	-------	---	-----	---	------	--

字
字
加
抹
入
消

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	2 当座	口座番号								
	(フリガナ)														
	口座名義人														
		銀行コード													

受領を 委任 する 場合	<p style="text-align: center;">小樽市 丁目 番(地) 号</p> <p style="text-align: center;">町</p> <p>私は _____ を代理人と定め上記の受領を委任します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>
-----------------------	--

(証拠書類はこども福祉課給付係にて保管)