

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

帯広市長 様

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

申請者	住所			
	氏名	印	電話	( )

申請額	円
-----	---

■受給者を記入してください。（同一世帯に複数の受給者がいる場合、まとめて記入できます）

受給者	受給者番号			
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	医療保険 記号番号	記号	番号	
	受給者番号			
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	医療保険 記号番号	記号	番号	
	受給者番号			
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	医療保険 記号番号	記号	番号	

■振込口座を記入してください。

振込先	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合		店
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	.....
	口座名義人	フリガナ		
	※申請者の口座になります	氏名		

■申請者以外の口座に振り込みたい場合に記入してください。

委任状	私は、本申請による支給金の受領に関する一切の権限を、次の者に委任します。			
	受任者（口座名義人）			
	住所	_____		
	氏名	_____ 印		
委任者（申請者）				
住所	_____			
氏名	_____ 印			

(注)申請者は下記の欄に記入しないでください。

※審査の結果、次のとおり決定します。

課長	補佐	係長	主任	係	起案年月日	年 月 日
					決裁年月日	年 月 日
					起案者職氏名	

支給決定額	円
-------	---