

記載例

函館市 重度心身障害者 医療費助成金交付申請書

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

函館市長様

住所 函館市 東雲 町 丁目 4 番 13 号 (番地)

申請者氏名 **函館 太郎**

受給者との続柄※

電話 **0138-21-3187**

受給者を記入
※受給者が未成年の場合には保護者を記入

次のとおり 重度心身障害者 医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

受給者	受給者証の受給者番号	1234567	生年月日	大正 昭和 平成 令和	12 年 3 月 4 日
	氏名	函館 太郎			
申請額		記載不要			円
支払区分		2	金融機関名	北洋 銀行 店番() 金庫 函館中央 支店 組合	
1 現金払	口座番号		普通 当座	1234567	
	フリガナ		ハコダテ タロウ		
	口座名義人(申請者)		函館 太郎		

受給者の口座を記入
※受給者が未成年の場合には保護者の口座を記入

※続柄は受給者本人の場合は記載不要です。受給者が未成年等により保護者等が申請するときは続柄をご記載ください。

資格取得年月日	S・H・R	年	月	日	後期高齢被保番(老健)	
自己負担区分					(低I・低H・長)・3割	
道市区					・ 市	
負担区					・ 初診	
診療年月					年 月	
診療区					・ 歯・調・訪 り 灸・マ・育	
自己負担						
一部負担						
保険給付						
助成金決定					円	
算定基礎						
助成金合計額				円	受付印	受付者

記載不要

受給者以外の口座への振り込みを希望の場合、振込先の口座を記入し、委任状を添付してください