小・中学生　入院費助成用

様式第８号(第10条関係)

歯科　　医科

福 祉 医 療 費 助 成 申 請 書

年　　月　　日

守山市長　　あて

住　所

申請者

氏　名　　印

電　話

福祉医療費助成条例施行規則第10条の規定により、福祉医療費の助成をされたく申請します。

助成申請額	金　　円
受療年月	年　月　日から　　年　月　日入院分
受給券	あり　・　なし
助成対象者氏名	生年月日　　年　月　日
保険者名（保険組合等）	
摘要	

銀行名	支店名	種目	口座番号	お受取人 （必ずフリガナを記入してください。）
		普通 当座		

添付書類

○　領収書　（医療点数を明確にしておいて下さい。）

（注）　※印欄は記入しないでください。

	支払決定額	※　　円	
	受付者	確認欄	