

歯科		医科		
<h2 style="margin: 0;">福祉医療費助成申請書</h2>				
年 月 日				
守山市長 へ				
申請者 住所 氏名 電話				
印				
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 日分（入院・通院）			
受給券	福祉番号	受給者番号		
助成対象者氏名				
保険者名（保険組合名等）				
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