

# 記入例

受付日 年 月 日  
受付番号

## 福祉医療費支給申請書兼請求書

(あて先)  
小野市長 様

申請者欄は、受給者が  
・18歳以上の方は受給者本人  
・18歳未満の方は、保護者様(加入されている健康保険の被保険者の方)  
をご記入ください。

申請者 住所 **小野市中島町531**  
氏名 **小野 太郎**  
受給者との続柄 ( **父** )  
電話 **0794-63-1000**

下記のとおり、医療費の助成を申請します。支給決定金額を下記口座に振り込んでください。  
※申請者（18歳以上は受給者）以外の口座に振り込みを希望する場合は、下記の□に✓を記入してください。

申請者は、支給決定金額の受領に関する一切の権限を下記口座名義人に委任します。

受給医療	<input type="checkbox"/> 高齢期移行 <input type="checkbox"/> 高齢重度障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児・こども <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 重度障害者
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他 ( )
フリガナ	<b>オノ ハナコ</b>
受給者氏名	受給者番号 <b>1 1 1 1 1 1 1</b>
	生年月日 T S H R <b>2年 1月 1日</b>
医療保険の加入状況	<b>記載不要 ※健康保険証のコピーを添付してください。 ただし、小野市国民健康保険の方は添付不要です。</b>
振込先	金融機関 <b>〇〇銀行</b> 支店名 <b>〇〇支店</b>
	口座番号 <b>9 9 9 9 9 9 9</b> 種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 他 ( )
	口座名義 (カタカナで記入) <b>オノ タロウ</b>

添付  
※この  
されが  
※申請  
※同  
受給者が18歳以上の方は受給者本人の口座をご記入ください。  
受給者が18歳未満の方は、保護者様(加入されている健康保険の被保険者の方)の口座をご記入ください。  
※上記以外の口座をご希望の場合は、受給者または保護者からの委任が必要です。  
上記の委任欄に☑をご記入の上、受給者(保護者)の本人確認書類のコピーを添付してください。

請求する場合があります。

### 【市記入欄】

低Ⅰ・低Ⅱ

事項	確認	詳細	年月	自己負担額	高額・限度額	支給額
<b>職員記入欄のため記載不要</b>						

受付者