

福祉医療(障害 ・ ひとり親)費支給申請書

負担者番号		ふりがな	
		受給者氏名	
受給者番号		生年月日	年 月 日
住 所	京都府船井郡京丹波町		
医療機関	名称		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	医療に要 した費用	円
医療の給付を受けることが出来なかった理由	<input type="checkbox"/> 受給者証を提示できなかった <input type="checkbox"/> 京都府外で診療を受けた <input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を購入した (保険給付分は加入している医療保険に請求してください) <input type="checkbox"/> その他()		
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 ・ 支 店	
口座番号	普通 ・ 当座	ふりがな	
		名義人氏名	

※ 振込先の金融機関にゆうちょ銀行を指定される場合、本支店名欄には振込用店名(漢数字)、口座番号欄には振込用口座番号をご記入ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

京丹波町長 様

住 所

申請者

氏 名

(電話番号)