

福祉医療費（母子・父子）支給申請書

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

大学生等との続柄（ ）

電話番号

京丹後市重度心身障害者及び母子、父子家庭の医療費の支給に関する条例施行規則第10条の規定により、関係書類を添えて福祉医療費の支給を申請します。

対 象 者	フリガナ		認定番号	
	氏 名		資格認定 期 間	年 月 日から
	生年月日	年 月 日		年 月 日まで
	住 所			
医療を受けた期間		年 月 診療分		
受診医療機関名		日 数	点数又は費用額	一部負担金
入院・入院外・歯科・調剤・補装具 その他（ ）		日	点・円	円
入院・入院外・歯科・調剤・補装具 その他（ ）		日	点・円	円
入院・入院外・歯科・調剤・補装具 その他（ ）		日	点・円	円
保 険 種 別		<input type="checkbox"/> 京丹後市国保（一般・退本・退扶） <input type="checkbox"/> 組回国保（本人・扶養） <input type="checkbox"/> 社保（本人・扶養）      ※ <input type="checkbox"/> に✓と（ ）内を○で囲む		
		記号	番号	
振 込 先 金 融 機 関 名		京都銀行・京都北都信金・京都農協・ ゆうちょ銀行 ・ 京都府信漁連・ （ ）銀行・信金・農協		支店 本店
口 座 種 別		普通・当座	口座 番号	
口 座 名 義 人 (保護者)		(フリガナ)		