

福祉医療費交付申請書

年 月 日

長門市長 様

申請者 住 所 長門市

氏 名 ⑩

受給者証 長門 ー
記号番号

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

現金払		
支払方法	口座振替	フリガナ
		口座名義人
		金融機関名
		支店等名
		種目 普通 ・ 当座
		口座番号
支払金額※	月分	円

※ 支払金額の欄は記入しないでください。