

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
電話番号 (- -)
受給者証
記号番号 長門 -

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。