

障害者医療費助成申請書

年 月 日

(宛先)鎌倉市長

住所 鎌倉市.....

申請者 氏名

電話 ()

次のとおり医療費の助成を申請します。

受診証番号					資格者氏名				
診療を受けた期間	領収書記載のとおり								
医療機関等の名称及び所在地	領収書記載のとおり								
助成申請額	円								
申請理由	<input type="checkbox"/> 受診証交付前の受診 <input type="checkbox"/> 適用区域外での受診 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合加入 <input type="checkbox"/> 療養費の自己負担分 <input type="checkbox"/> その他()								
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 営業部 出張所 店舗コード ()	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
			口座番号						
口座名義 (カタカナ)									

市処理欄	助成決定金額： 円
------	-----------