第６号様式(第13条)

　　　　　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 |
| 振込先 | （金融機関） | （支店名）店舗コード(　　　) | 口座種別 | □　普通　□　当座 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座名義(**カタカナで記入**) | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 市処理欄 | 助成決定金額：　　　　　　　　円 |