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 |