

福祉医療費交付申請書

年 月 日

（宛先）下関市長

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いたします。

申請者（福祉医療費受給者）または相続人

受給者証
記号・番号

		—					
--	--	---	--	--	--	--	--

住 所 下関市

氏 名 生年月日 年 月 日

電 話

個人番号

相続人氏名

加入医療保険

被保険者証	記号	☐ 山 1	番号	
被保険者 (国保の場合は世帯主)	氏名	☐ 申請者と同じ (続柄)		
保険者	名称	☐ 国保 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 全国健康保険協会 () 支部 ☐ その他 ()		

振込先口座 ※申請者（福祉医療費受給者）または加入医療保険の被保険者名義の口座

		☐ 銀行 ☐ 信用金庫	☐ 本店						
		☐ 協同組合 ☐ 信用組合	☐ 支店・支所・出張所						
口座名義人 ※カタカナで記入									
種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号							

- ・支給日は、原則として申請月の翌月の25日（土日祝日の場合はその前日）です。
- ・領収書に不備がある場合は、病院に問い合わせさせて頂く場合があります。

以下の欄は記入しないでください。

受付 処理 欄	領収書受理枚数	枚						
	治療用装具 等の場合	国保または後期： ☐ 医証、領収書、見積書						
		社保： ☐ 社保の支給決定通知書、医証、領収書、見積書						
	受付者	障害者支援課 () () 総合支所・()支所 担当 ()						
障害者支援課 担当処理欄	☐ 入力	福祉医療開始日			年 月 日			
		支給決定額						円
		個人コード						