

若者入院医療費補助金申込書

年 月 日

(宛先)
枚方市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄(_____)

電話番号 (_____) -

FAX (_____) -

次のとおり、医療費の補助を申し込みます。補助金交付の対象であることを確認するため、必要に応じて、関係機関に照会することに同意します。なお、補助決定金額を次の口座に振り込んでください。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
対象者氏名			個人番号		
対象者住所	枚方市				
医療保険の加入状況	記号			番号	
	被保険者氏名			続柄	
	保険者名称			保険者番号	
振込先	金融機関			店舗	
	口座番号		種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	
	口座名義(カタカナで記入してください。)				
添付した領収書の内訳 年 月分から か月分 か所 枚					

(市記入欄)

受診年月	医療機関	補助金額
年 月		円
年 月		円
補助合計額		円

受給者番号(重度障害者医療・ひとり親家庭医療)	
若者入院医療 申込番号	