

第6号様式（第7条関係）

心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 座間市長

申請者 住所
氏名 ⑩
電話

次のとおり申請します。

対象者	受診証番号			
	氏名		生年月日	年 月 日
振込先口座	金融機関名		支店名	
	金融機関コード		支店コード	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

注 太線枠内のみ記入すること。

	日数	金額		日数	金額
入院	日	円	通院	日	円
歯科	日	円	調剤	日	円
訪問	日	円	柔整	日	円
装具	日	円	その他	日	円
負担なし		一割負担	合計金額		円