

記入例	心身障害者医療費支給申請書			令和3年3月1日
(宛先) 座間市長				
領収書原本を添付してください。 原本返却希望の場合は、領収書の 写しも持参してください。		申請者 住所 座間市緑ヶ丘1-1-1 氏名 座間 太郎 電話 046-255-1111		
次のとおり申請します。				
対象者	受診証番号	1111111		
	氏名	座間 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
振込先口座	金融機関名	座間銀行	支店名	市役所支店
	金融機関コード	0000	支店コード	000
	口座番号	1111111		
	フリガナ	ザマ タロウ		
	口座名義人	座間 太郎		

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