

(様式第3号)

福祉医療費給付金支給申請書

受給者番号			資格
支給対象者			
生年月日	年 月 日		
所属保険	国保	社保	被保険者氏名
	被保険者証発行機関名		
診療年月	年 月 ~		年 月
振込み 金融機関	みなみ信州農協	支所	No.
	飯田信用金庫	支店	No.
	八十二長野銀行	支店	No.
	銀行	支店	No.
口座名義人			

上記のとおり申請し、登録した口座に振り込むことを依頼します。

年 月 日

申請者氏名 : _____
住所 : _____
電話番号 : _____

高森町長 様

※網掛け部分について事前に登録した内容と変更がある場合は記入して下さい。

※添付書類 医療機関の領収書

※支給申請期限は療養の給付等を受けた月の翌月の初日から起算して1年以内です。