

様式第9号(第7条関係)

福祉医療費助成申請書			
医療証(資格証) 受給者番号			
氏名			生年月日
医療機関名	名称		
	所在地		
医療内容	入院入院外の別		
	期間		
加入医療保険	被保険者 (組合員)名		
	記号番号(枝番)		
	保険者名		
	所在地		
申請額金 _____ 円也 内訳 本人負担額 _____ 円(別紙領収書のとおり) 控除額 _____ 円 差引 _____ 円(助成対象額) 年 月 日 請求者 住所 _____ 氏名 _____ 浜田市長 様			