

福祉医療費交付申請書

年 月 日

宇部市長 様

住所 宇部市

氏名

福祉医療受給者証

福祉医療費(月分)の助成を受けたいので、別紙のとおり
証明書類を添付して申請いたします。

振込先

- ・ 下記口座への入金を希望します

銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所
口座番号		
口座名義(カナ)		

- ・ 以前と同じ口座に入金を希望します

受付職員記入	
福祉医療費受給者証 有効開始日	年 月 日～
預かり領収書の枚数	枚
受付職員名	