様式第５号（第10条関係）

科　　医
歯　　科

# 福祉医療費助成申請書

年　　月　　日

豊郷町長　　殿

申請者　住　所
　　氏　名

豊郷町福祉医療費助成条例施行規則第 10 条の規定により、福祉医療費の助成をされたく申請します。

| | |
|---|---|
| 助成申請額 | 金　　円 |
| 受療年月 | 年　　月　　日　分　（入院・通院） |
| 受給券 | 福祉番号　　受給者番号 |
| 助成対象者氏名 | |
| 保険者名 | |
| 摘要 | |

添付事項

1.
2.
3.

（注）　※印欄は記入しないでください。

| | |
|---|---|
| 支払決定額 | ※　　円 |