

福祉給付金支給申請書

豊田市長 様

豊田市福祉給付金支給要綱第9条第1項の規定により、給付金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

データ種類	医療種								
4									
個人コード	医療種(区)	・A:福祉給付金 ・B:福祉給付金(精神入院)							
受給者番号	要件	障(A)・療育(P)・自閉症(Q)・寝具(C)・寝市(D)・独(F)・傷具(G) 傷市(H)・精措(I)・結勤(J)・母子(K)・精A(L)・精B(M)・自立支援(R)							
フリガナ 氏名	資格始期	昭和・平成・令和 年 月 日 ~							
支給決定額	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日							
内 記	診療月	件数	入院外	薬剤	日数	入院	日数	食事療養費	
	計		件	0件		日	件	0日	0件
令和 年 月 日					60 0 76 0 減額 0				
申請者 住所									
氏名									
電話 () -									
振込口座	金融機関名	支店名		金融機関コード	店番号	預金種目			
	銀行・農協 信用金庫	本店 支店 ()		0		1 2 普通 当座			
	口座番号(右づめ)	口座名義人<かか>(左づめ) ※濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。							
委任状	※申請者と口座名義人が違う場合は記入してください。 この福祉医療支給の受領に関する権限を 氏名 _____ に委任します。 申請者 氏名 _____								
用途別	償還種	補助別	診療年月				医歯区	受付印	
0	1	0	A					受付者	
							Mのみ:		
(一部負担金-高額療養費) × 1/2									