

- 重度心身障がい者
- ひとり親家庭等
- 子ども

医療費助成申請書

年 月 日

釧路市長 あて

申請者の
①住所
②氏名
③電話番号
を記入してください

※受給者が未成年の場合には保護者の方の申請となります

住所	釧路市 黒金町 7丁目 5番 号					
フリガナ	クシロ ハナコ					
氏名 (口座名義人)	釧路 花子					
電話						

いので、必要書類を添えて申請します。

受給者番号					
フリガナ	クシロ タイヨウ				
受給者氏名①	釧路 太陽		生年月日	大正 昭和 29年 6月 15日 平成 令和	

受給者番号					
フリガナ	クシロ ユウヒ				
受給者氏名②	釧路 ゆうひ		生年月日	大正 昭和 2 年 月 日 平成 令和	

払い戻しの対象となる受給者の
①受給者番号
②氏名
③生年月日
を記入してください

受給者番号					
フリガナ					
受給者氏名③			生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和	

振込先	釧路	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	北大通	本店 本所 支店	預金種別	普通 当座	
口座番号 左詰めで記載	9	9	9	9	9	9	申請者の口座情報を記入してください
口座名義人 (カタカナ)	ク	シ	ロ	ハ	ナ	コ	

【子ども・重度・ひとり親 負担区分】
1 負担なし 2 1割負担 3 初診時一部負担金

【後期 負担区分】
1割 ・ 3割

受付印