

- 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

※太枠の中のみ記入してください。

住所	釧路市	丁目	番	号
フリガナ				
氏名 (口座名義人)				
電話				

医療費の助成を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

受給者番号									
フリガナ									
受給者氏名①	生年月日			大正 昭和		年 月 日			
				平成 令和					

受給者番号									
フリガナ									
受給者氏名②	生年月日			大正 昭和		年 月 日			
				平成 令和					

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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店	預金種別	普通 当座
口座番号 左詰めで記載					
口座名義人 (カタカナ)					

【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