

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金請求書

年 月 日

加古川市長 様

請求者 (受給者)	住 所	
	電話番号	( ) -
	氏 名	

下記のとおり、自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金を請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

受給者氏名		受給者番号									
診療年月	年 月 ~ 年 月										
振込先 金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合										支所・支店 ・出張所
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			口座番号							
フリガナ											
口座名義人											

検印