様式第４号

福 祉 医 療 費 交 付 申 請 書

年　　月　　日

防府市長　様

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

受給者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

記号番号　　－

振込口座

銀行・農協 信用金庫 労働金庫	本・支店 本・支所 出張所				ﾌﾘｶﾞﾅ 名義人							
	支店コード				口座番号							
	普通　・　当座											