

(あて先)鎌倉市長		年 月 日	
住 所 鎌倉市			
申請者 氏 名		⑩	
電 話		()	
次のとおり医療費の助成を申請します。			
受 給 者 番 号		資格者氏名	
診療を受けた期間	領収書記載のとおり		
医療機関の名称 及 び 所 在 地	領収書記載のとおり		
助 成 申 請 額	円		
申 請 理 由	☐ 医療証交付前の受診 ☐ 適用区域外での受診 ☐ 国民健康保険組合加入 ☐ 療養費の自己負担分 ☐ その他 ()		
振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 営業部 出張所 店舗コード ()	預金種目 ☐ 普通 ☐ 当座
	口座番号		
	口 座 名 義 (カタカナ)		

市処理欄	支給決定金額 : 円
------	------------