

障害者医療費助成申請書

年 月 日				
(宛先)鎌倉市長				
住所 鎌倉市				
申請者 氏名 電話 ()				
次のとおり医療費の助成を申請します。				
受診証番号		資格者氏名		
診療を受けた期間	領収書記載のとおり			
医療機関等の名称及び所在地	領収書記載のとおり			
助成申請額	円			
振込先	(金融機関)	(支店名)	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		店舗コード ()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

市処理欄	助成決定金額： 円
------	-----------