

様式第6号(第5条関係)

福祉医療費助成金支給申請書
(医療費)

受給者番号										
(ふりがな) 氏 名	生年 月 日 年 月 日									
住 所										
田原本町長 殿 上記のとおり、福祉医療費助成金の支給を申請します。 尚、申請にあたり次のことに同意します。 - 町長が所得等の情報を、閲覧・使用(他の市区町村への照会を含む)すること。 - 助成金の支給後において、助成金を調整する必要がある場合は、次月以降の支給額において相殺を受けること。 年 月 日 申請者 氏名 (電話番号 — —)										

口座 振替 依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所 営業所			
	コード								
	預金種別	普通・当座・その他				口座番号			
	口座名義人	フリガナ							

(委任状) 私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した助成金の受領に関すること。

申請者の住所、氏名 _____ 印

代理人の住所、氏名 _____ 印