様式第３号（第４条、第６条関係）

　　重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | ※宛名コード |  |
| （ふりがな）氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 　　　 | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 　　（〒　　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　－　　　　　） |
| 　（宛先）橿原市長　　上記のとおり、重度心身障害老人等医療費の支給を申請します。　　なお、助成金の支給後において、助成金を調整する必要が生じた場合は、次月以降の支給額において相殺することに同意します。　　　　　　年　　 月　 　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（委任状）　　　　私は、　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。　　年　　月　　日申請した重度心身障害老人等医療費の受領に関すること。　　　　　　　　申請者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 口 座振 替依頼欄 | 金融機関名 | 銀行・信金労金・信組農協 | 本店支店出張所 |  |
| 金融機関コード |  | 店舗コード |  |
| 預金種別 | 普通・当座・その他 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
|  |  |
|  |
|  ※は記入する必要はありません。 |