様式第１号（第５条関係）

出雲市自立支援医療費（通院医療）助成申請書

申請日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 受診者氏名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 保護者氏名(受診者が18歳未満の場合) |  |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　－ |
| 自立支援医療受給者番号 |  |
| 助成金の受取口座(ゆうちょ銀行以外) | 金融機関名 |  |
| 支店名 | 　　　　　　　　　　　　本 店支 店 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 名義人 |  |
| 助成金の受取口座(ゆうちょ銀行) | 金融機関名 | １ |  |  |  | ０ |  |  |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | １ |
| フ リ ガ ナ |  |
| 名義人 |  |
| 私は､上記のとおり､出雲市自立支援医療費（育成医療・更生医療・通院医療）助成の支給を申請します。　なお、助成のために出雲市長が関係機関に対し対象となる医療の保険点数、医療費を照会することについて同意します。出雲市長　様　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　 |