

様式第6号（第10条関係）

重度心身障害者医療費助成金給付申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

（自署又は記名押印）

電話番号 _____

個人番号 _____

受給者との続柄 _____

重度心身障害者医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受給者住所							
受給者氏名							
受給者番号							
附加給付	1 あり（自己負担限度額 _____ 円） 2 なし						
振込先	1 登録済口座 2 下記の口座						
金融機関名	支店名	口座種別	口座番号				
口座名義人 カナ							
口座名義人 漢字							