

行方市長 宛て

申請者

住 所

氏 名

電話番号

行方市オンライン医療相談に係る救急搬送時選定療養費助成金交付申請書兼請求書

行方市オンライン医療相談に係る救急搬送時選定療養費助成金交付要綱第 7 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、審査に当たっては、必要な範囲内で、行方市が保有する私の世帯情報等を閲覧及び調査することに同意します。

記

救急搬送された者の 住所及び氏名	(住所) 行方市 (氏名)		
医療機関(救急搬送先)			
救急搬送年月日			
選定療養費金額	円		
振込先口座 添付書類	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店
	預金種目	1 普通 2 当座 3 その他()	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		
	1. 選定療養費の支払いを完了したことを証する領収書又は支払明細書 2. 振込先口座を確認できるもの(通帳又はキャッシュカード等の写し)		

備考) 申請の際には必ず領収書と申請者名義の通帳の写しを添付してください。