

様式第3号（第11条関係）

福祉医療費交付申請書

年 月 日

周防大島町長 様

申請者 住 所 周防大島町大字

氏 名

受給者証
記号番号

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

[口座振込依頼欄]

金融機関名		支店名等							
預金種別	普通・当座・その他	口座番号							
フリガナ 口座名義人									