

福知山市長 様

申請者住所

（電話番号 ）

氏 名 印

（対象者との続柄： ）

福知山市後期高齢者傷病見舞金支給申請書

福知山市後期高齢者傷病見舞金交付要綱による見舞金を下記のとおり申請します。

記

フリガナ		後期高齢者医療 被保険者番号	0											
対象者氏名														
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日										
住 所	〒 福知山市													
	電話番号 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>													

振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫 ・協同組合										本店・支店 出張所							
	預金種別	普通・当座・その他 (<input type="text"/>)																	
	口座名義 (カタカナ)																		

市 記 入 欄	京都府後期高齢者医療広域連合条例による 傷病手当金の決定額 (A)		円
	過去3か月間の給与等の合計÷就労日数 (B)		円
	労務に就くことができなかった日数 (C)		日
	基準額 (D)	(B) × (C)	円
	支給される給与等 (E)	(B) × (C)	円
	決定額	(D) - (A) - (E)	円