

別記様式第1号(第4条関係)

聖籠町精神障害者入院費助成受給資格申請書							
受給者		ふりがな	男女	住所 聖籠町大字  電話			
		氏名					
		生年月日					
申請者		氏名	住所 聖籠町大字  電話				
		受給者との続柄					
加入 保 険	被保険者氏名		受給資格者 との続柄				
	保険種別	国保・社保	被保険者証 記号・番号			附加 給付	有 無
	被保険者証 発行機関名		所在地				
病名							
確認							
<p>上記のとおり入院費助成の受給資格を申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">                         申請者                          住所 聖籠町大字                          氏名                     </p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="margin-top: 20px;">聖籠町長 様</p>							