

年 月 日

聖籠町長 様

申請者
住 所
氏 名

聖籠町精神障害者入院費助成申請書

このことについて、次のとおり助成されたく申請いたします。

記

1 受給資格決定番号 第 号

2 受 給 者 氏 名

3 医 療 機 関 名

4 申 請 額

年 月分	円
------	---

5 振込先金融機関

銀行・農協 労金・信金 信組		本店 支店	
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人			

6 添 付 書 類 領収書