

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<br>受 給 資 格 申 請 書                                                                                             |             |          |                  |   |              |     |
| 受 給 者                                                                                                                      |             | ふりがな     |                  | 男 | 居住地<br>(住所)  |     |
|                                                                                                                            |             | 氏 名      |                  |   |              |     |
|                                                                                                                            |             | 生年月日     |                  | 年 | 月            | 日   |
| 申 請 者                                                                                                                      |             | 氏 名      |                  |   | 住所<br><br>電話 |     |
|                                                                                                                            |             | 受給者との続柄  |                  |   |              |     |
| 加入<br>医療<br>保険<br>資格<br>情報                                                                                                 | 被保険者氏名      |          | 受給資格者<br>と の 続 柄 |   | 付加給付         | 有・無 |
|                                                                                                                            | 保 險 種 別     | 国保・社保・後期 | 記 号 ・ 番 号        |   |              |     |
|                                                                                                                            | 保 險 者 名     |          |                  |   |              |     |
|                                                                                                                            | 保 險 者 所 在 地 |          |                  |   |              |     |
| 病 名                                                                                                                        |             |          |                  |   |              |     |
| 備 考                                                                                                                        |             |          |                  |   |              |     |
| <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>年      月      日</p> <p>申請者<br/>住 所<br/><br/>氏 名</p> <p>聖籠町長                      様</p> |             |          |                  |   |              |     |