

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<br>聖籠町大字<br>電話 |  |      |    |
|   | 氏名         |       |            |                   |  |      |    |
|   | 生年月日       |       |            |                   |  |      |    |
| 申請者   | 氏名         |       |            | 住所<br>聖籠町大字<br>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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者<br/>住所 聖籠町大字<br/>氏名 印</p> <p>聖籠町長 様</p> |            |       |            |                   |  |      |    |