

別記様式第3号(第8条関係)

年 月 日

聖籠町長 様

申請者

住 所 聖籠町大字 _____

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	支店	普・当	口座番号	
	農協	所		口座名義人	

6 添付書類 領収書

※ 助成金の支給は、申請した月の翌月の末日ごろに振込先金融機関の口座に振り込まれます。