

様式第1号

特殊障害者器具装着費用助成金交付申請書

聖籠町長 殿

年 月 日

申請者 住 所 聖籠町大字

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生

下記のとおり特殊障害者器具装着費用 円 の助成金交付申請をします。

記

種 類	人工肛門・人工膀胱
診 療 年 月	年 月
診 療 日 数	日
医 療 機 関 名	

(振込先)

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種類 1. 普通 2. 当座 _____ 口座番号 _____

(フリガナ)

口座名義人 _____

添付書類

- 1 医師の診断書(当初申請のみ添付してください)
- 2 領 収 書