

別記様式

医療費補助金交付申請書

長沼町

様

申請人 住 所
氏 名

印

このたび に 入院 いたしますので、身体障害者の医療費の補助に
通院 関する要綱により、補助金の交付申請をいたします。

記

- 1 長沼町に住所を有した日
年 月 日
- 2 病 名
- 3 医療費の一部負担金額
円
- 4 添付資料
- 5 保険種別