

心身障害者扶養共済制度掛金補助金交付申請書

年 月 日

長沼町長 様

住 所
申請者
氏 名 印

北海道心身障害者扶養共済制度に加入しましたが、下記により掛金に対する補助金の交付を受けたいので申請します。

記

加 入 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日生	続 柄
心身障害者	住 所				
	氏 名	年 月 日生			
補 助 対 象 世 帯 区 分	1 町民税非課税世帯である。 2 町民税均等割のみの課税世帯である。				
補助金の振込先					
備 考					