

医療費補助金交付申請書

長沼町長

様

申請人 住所 長沼町第 区
氏名
年 月 日生

患者氏名

このたび、
に入院いたしますので、高齢者入院医療費等の補助に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 入院日数
- 4 医療費の一部負担金額
- 5 添付料の額