

老人福祉医療助成金受給申請書

この度、老人福祉医療助成金を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

ふりがな

本人氏名

生年月日

申請人続柄

氏 名

連 絡 先 ()

南風原町長 殿

本 本 籍 地		
本 現 住 所		
助成金が決 定された場 合の振込み 銀行等	本 氏 人 名	
	金 融 機 関	普通預金・当座預金 No. _____
		_____ 銀行本店 _____ 支店
		_____ 農 協 _____ 支店

添付書類

- 1 医師等の診断書（第2号様式）
- 2 預金通帳の写し