

## 白糠町高齢者入院費助成申請書

年 月 日

白糠町長 様

〔申請者・代理〕 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 続 柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

白糠町高齢者入院費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

被 保 険 者 番 号		適 用 区 分	I・II	年 度	
被 保 険 者	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生（ 歳）			
	住 所	（〒088- ） 白糠町			

①	入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
②	入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
③	入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
④	入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
⑤	入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )						本店 支店 ( )			預金種別	普通当座 ( )	
口座番号 (左詰めで記入)												
口座名義人 (カタカナ)												

※欄は記入しないでください。

※町処理欄	備考			
	添付書類確認	納税状況	確認者	No.
	領収書 ( )	町に納めるべき税等の滞納なし ( )		
	代理人の公的身分証明書の確認			
	・運転免許証 ・健康保険証 ・マイナンバーカード ・その他 ( )			

※受領印
------