様式第1号(第4条関係)

杉戸町重度心身障害者入院生活費助成金支給申請書

年　　月　　日

　杉戸町長　　　　あて

申請者　住所

氏名

電話番号　　　(　　)

　下記により、重度心身障害者入院生活費助成金の支給について、関係書類を添えて申請します。

　なお、決定された助成金については、杉戸町重度心身障害者入院生活費助成金支給事業実施要綱第2条に規定する医療費助成金の振込先口座への振込みを指定します。

記

1　申請額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

2　添付書類

　・重度心身障害者医療費受給者証

　・入院証明書又は入院期間が記載された領収書

　・入院証明書の発行を受けた場合はその領収書