

金武町福祉医療助成金受給申請書

年 月 日

金武町長 殿

申請者	住 所	
	氏 名	

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

受給資格者	住 所		電話番号	
	ふりがな		性 別	男 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生		
	世 帯 主		続 柄	

添付書類

- 1 所得証明書
- 2 預金通帳等の写し
- 3 健康保険手帳、医療受給者証及び介護保険被保険者証の写し