

第4号様式の2 (第4条の2関係)

心身障害者医療費助成金支給申請書

受給者番号										
(ふりがな) 氏名						男女	生年 月日	年	月	日生
住所	(〒 -)									
	(電話番号 -)									
御杖村長 殿										
上記のとおり、心身障害者医療費助成金の支給を申請します。										
年 月 日										
申請者										
氏名										

(注意) 裏面も忘れずに記入ください。

