

年 月 日

伊根町長 様

住 所 伊根町字
加 入 者
(番号)
氏 名

印

心身障害者扶養共済制度補助金交付申請書

上記のことについて、心身障害者扶養共済制度補助金交付要綱に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。

補助申請額 円

加 入 者	氏 名	生年月日	続 柄	掛金基準単価	月数	
				@	月分	
障 害 者	氏 名	生年月日	障害区分	障害程度	備 考	
世帯の状況	氏 名	生年月日	続柄	町民税課税状況	確認者	備 考