

美郷町服薬支援助成事業利用申請書

年 月 日

美 郷 町 長 様

申請者 住 所 美郷町

氏 名 印

電 話

私は、服薬支援助成事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお、利用の決定にあたり、対象者の住民税課税状況を課税台帳等により確認されることを承認します。

記

対 象 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 歳		
	住 所	美郷町	電話 番号	
	世帯構成	高齢者世帯・障がい者世帯・高齢者及び障がい者世帯・その他		
備 考		利用開始希望 年 月 日		