

## 入院見舞金支給申請書

年 月 日

申請者 住所  
 （受給資格者） 氏名 ⑩ 電話 ー

入院見舞金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給 資格者  <small>（入院した方）</small>	フリガナ								
	氏名	生年月日	年	月	日				
住所		国立市							
入院期間									
年		月	日	～	年	月	日	現在（退院・入院中）	
入院医療機関		名 称							
受取方法	現金受取 ・ 口座振替	金融機関名	（ 支 店 ）						
		種別・口座番号	普・他（ ）						
		フリガナ							
		名義人							

\*医療機関の発行した、入院した日及び入院期間が確認できる書類の写しを添付してください。

市役所記入欄

審 査

受付番号

--	--	--

添付書類      あり（7日以上）      ・      なし

請求理由      退院      ・      当該年度の末日      ・      入院日数が7日以上

居住期間      1年以上      ・      1年未満

決定金額      5,000円      ・      却下

決定年度      年度相当分

\*申請書は、該当年度ごとに提出してください。