

様式（第4条関係）

心身障害者等入院療養援護金支給申請書

年 月 日

小松市長 殿

申請者住所	小松市	町	番地
氏名	印		
(Tel -)			
振込先	銀行 信用金庫 農協 支店		
	口座番号	普当	加付名義

医療費受給者証番号			
入院者	住所	小松市	町 番地
	氏名	生年月日	年 月 日生
医療機関名			
継続入院期間	* . . . ~ . . .	継続入院延日数	* 日
		支給額	* 円

注意 1 申請者は 欄を記入してください。（*は市が記入）

2 入院した日をもって起算日とし、退院したときに継続入院は停止します。

添付資料 入院期間を証明する書類