

様式第1号（第4条関係）

阿賀町小児慢性特定疾病児童等助成金申請書

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先

次のとおり、小児慢性特定疾病児童等助成金を申請します。

児 童	氏 名	(申請者との続柄)	
	生年月日	年	月 日
助成金申請額	円		
金融機関名	銀行・農協 信組・信金 支店		
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

添付書類

- 1 小児慢性特定疾病医療受給者証の写しまたは重症心身障害児童であることが確認できる書類
- 2 入院期間が確認できる書類