

別記様式第3号（第5条関係）

除菌治療等費用助成申請書

当 別 町 長 様

除菌治療等にかかる費用の請求及び受領（代理受領）について、治療する医療機関に委任します。

下記のとおり、除菌治療等費用助成を申請します。

ふりがな			申請者住所	
申請者氏名				
			申請者連絡先	
ふりがな		生年 月日	年 月 日	続柄
受診者氏名				