

様式第 1 号（第 5 条関係）

重度障害児（者）歯科治療施設通院助成金交付申請書

年 月 日

古河市長 宛て

古河市重度障害児（者）歯科治療施設通院助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏 名		対 象 者 との続柄	
	住 所	〒 (電話番号)		
対象者	ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 (電話番号)		
	身体障害者手帳 又は療育手帳の 番号及び等級	身体障害者手帳 療育手帳	第 号 第 号	1 級・2 級 ((A))・A
治療を受けた歯科 治療施設の名称 及び所在地		(名 称) (所在地)		
通院した年月日		年 月 日・年 月 日		

※ 領収書又は通院証明書を添付してください。

別紙

請求書

年 月 日

古河市長 宛て

古河市重度障害児（者）歯科治療施設通院助成金として、次のとおり請求します。なお、古河市が次の口座に助成金を振り込んだときは受領したものと認めます。

請求者住所

氏名

印

(自署又は記名押印)

金額 円（通院 1 回につき 1,000 円までとし、月 2 回を限度とする。）

(通院年月日 年 月 日・ 年 月 日通院分)

振込先	金融機関名	銀行信用組合				本店出張所					
	口座番号	(普通・当座)									
	口座名義人										