様式第1号

|  |
| --- |
| 老人性白内障手術費支給申請書　　年　　月　　日　三股町長　　　　　殿申請者（本人）住　所　　三股町　　　　　　番地氏　名　　　　　　　　　　　　印（生年月日　　　　年　 月　 日）（　　　　歳）標記の費用を支給されるよう申請します。 |
|  | 症　　状（又は障害名） |  |  |
| 身体障害者手帳を所持しているときはその番号 | 県　第　　　　　　　号（　　　　年　　月　　日交付） |
| 加入している医療保険 | 1　国民健康保険2　健康保険被扶養者3　その他（　　　　　　　　　　） |
| 手術希望医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 手術希望時期 | 　　　年　　　月 |
|  |