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 |
|  | | | | |