

様式（第3条関係）

嘉手納町後期高齢者医療保険料補助金交付申請書

被保険者氏名	()	生年 月日	年 月 日
住 所			
電話番号			
<p>嘉手納町後期高齢者医療保険料補助金交付要綱第3条の規定により、補助金の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>嘉手納町長 殿</p> <p>届 出 者 住 所</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>続 柄</p> <p>電話番号</p>			
口 座 振 込 依 頼 欄			
銀行・農協 信用金庫		本店・支店 支所・出張所	
口座番号	フリガナ		
普通 当座	口座名義人		

円

嘉手納町長 殿

当該申請に基づく保険料補助金の申請及び受領に関する権限を上欄の届出者に委任します。

被保険者氏名

⑩

決 裁	課長	係長	係