

# 柴田町新型コロナウイルス感染症対策傷病給付金交付申請書

記入例

対象被保険者	被保険者証 記号番号	み柴	世帯主氏名	国保 太郎			
	(ふりがな)	こくほ はなみ		生年月日	昭和 2 年 4 月 21 日 平成		
	氏名	国保 はなみ		電話番号	▼▼▼-▼▼▼-▼▼▼▼		
	住所	柴田町▼▼▼▼▼▼		療養期間	令和 3 年 6 月 10 日 から 令和 3 年 6 月 30 日 まで		
振込先	事業収入種別	事業収入 (営業等)・農業)・不動産・山林収入					
	事業収入証明書類	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年中 事業収支内訳書 <input type="checkbox"/> 令和元年中 確定申告書の写し(事業収入のあったかた。) <input type="checkbox"/> その他( )					
振込先	金融機関 名称	□□□□	銀行 金庫・信組 農協・その他( )	柴田	本店 支店 出張所 本店営業部・本所・支所 その他( )		
	預金別	普通・当座・その他	口座番号	9	9	9	9
振込先	(カタカナ)	コクホ ゆず					
	口座名義	国保 ゆず					

世帯主の口座情報をご記入ください。

医師等の 意見欄	(患者名)	国保 はなみ					
	(疾病等の種類)	新型コロナウイルス感染症に感染					
	(疾病等の確認日)	令和 3 年 6 月 30 日					
		上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
		令和 3 年 7 月 1 日					
	医療機関等の所在地	■■■■■■■■■■					
	医療機関等の名称	□□□□□□病院					
	医療機関等の連絡先	△△-△△-△△					
	医師の氏名	▲▲▲▲					



上記のとおり申請します。

令和 3 年 7 月 2 日

柴田町長あて

申請にあたり、  
医療機関に証明をいただいでください。

(世帯主) 住所 柴田町▼▼▼▼▼▼

氏名 国保 ゆず 印

電話番号 ▼▼-▼▼-▼▼