

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

対象被保険者	被保険者証 記号番号	み柴		世帯主氏名				
	(ふりがな)			生年月日	年	月	日	
	氏名			電話番号				
	住所			電話番号				
療養期間	年 月 日 から		年 月 日 まで					
	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 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（事業収入のあった方） <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（ ）			本店・支店・出張所 本店営業部・本所・支所 その他（ ） ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番号を記入			
	預金別	普通・当座・その他	口座番号					
	(カナカナ) 口座名義							
医師等の 意見欄	(患者名)							
	(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) 年 月 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。							
	年 月 日							
	医療機関等の所在地							
	医療機関等の名称							
医療機関等の連絡先								
医師の氏名				⑩				
上記のとおり申請します。								
年 月 日								
柴田町長宛								
(世帯主) 住所								
氏名				⑩				
電話番号								