

年 月 日

申請者 住所 白老町

氏名 印

(電話 — —)

なお、助成要件確認のため、住民基本台帳について閲覧することに同意します。

田

捨
印

町記入欄（記入しないでください。）

☐白老町国保 ☐後期高齢者医療 ☐生活保護 ☐その他