

石井町個人事業主等に対する新型コロナウイルス感染症傷病見舞金申請書
(医療機関記入用)

患者氏名	
傷病名	
初診日	
発病日	
発病の原因	
療養が必要と 認められた期間	
上記のうち、 入院期間	
所見	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 (あて先) 石井町長	

㊞