

記入例

受付番号：

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

年 月 日

大熊町長 殿

住所 〒979-130
大熊町大字

申請者

氏名

未成年もしくは成年後見人等がいる方の場合を除き、患者ご本人が申請者となります。



※パソコン入力による場合は押印が必要です。

特定疾患患者見舞金受給資格の認定について次のとおり申請します。

(患者) 申請者	氏名	男・女	年 月 日生	電話	<p style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">受給者証・手帳をお持ちの方について記入してください。</p>
	住所	大熊町大字		病名	
(成年後見・未成年) 保護者	氏名	<p style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">患者ご本人が、<u>未成年もしくは成年後見人等がいる方</u>の場合は、こちらも記入が必要です。</p>			の続柄
	住所				
受給者証番号	<p style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 指定難病医療費受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証、特定疾病療養受療証をお持ちの方は「受給者証番号」欄に記入 手帳所持者で支給要件を満たす方は「身体障害者手帳番号」欄に記入してください。 </p>				日
身体障害者手帳番号					日

【振込先】 ※口座名義人＝申請者となります。

振込先	金融機関	<p style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">“申請者名義”の口座情報を記入してください</p>			支店長所
	預金種別	<p style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">※前年度申請があり、同じ口座を希望する場合は<u>未記入</u></p>			

添付書類 受給者証、受療証、手帳等の資格確認できるもののコピー

※市町村処理欄 | 継続 | 個人コード：