

難病患者見舞金支給申請書

年 月 日

（あて先）狭山市長

（申請者）住 所
氏 名
電 話

難病患者見舞金の支給認定について申請します。

ふりがな		生	明	年	月	日
患者氏名		年	大		(歳)
患者住所	〒					
保護者氏名 (患者が20歳 未満の場合)				続柄		
受給者証の内容	<input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 指定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証 受給者証番号 第 _____ 号 受給者証の有効年月日 _____ 年 月 日					

備考 該当する□の中にレ印をつけてください。

振込先

金融機関	銀行・農協・信用金庫			支店
口座番号	普通 ・ 当座 No.			
口座名義		(カタカナ)		