

我孫子市特定疾病療養者見舞金支給申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所  
申請者 電 話 ( )  
氏 名

見舞金の支給を受けたいので、我孫子市特定疾病療養者見舞金支給規則第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

療 養 者	氏 名		生年月日	年 月 日生
	電 話	( )	申請者との続柄	
	住 所	我孫子市		
	病 名			
特定疾患医療受給者票 又は特定疾患登録者証		無・申請中・有	受給者番号 登録番号	
千葉県小児慢性特定 疾患医療受給券		無・申請中・有	受給者番号	
振込先金融機関		銀行・信用金庫	支店・出張所	
口座番号		普通・当座		
フリガナ				
口座名義人				

※受付印		※住民票		※備考	
------	--	------	--	-----	--

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 添付書類
  - (1) 特定疾患医療受給者票又は特定疾患登録者証の写し
  - (2) 千葉県小児慢性特定疾患医療受給券の写し
  - (3) 上記1及び2以外の者 医師の診断書