

様式第1号（第4条関係）

我孫子市特定疾病療養者見舞金受給資格登録申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所

申請者 氏 名

電 話（ ）

特定疾病療養者見舞金の支給を受けたいので、受給資格の登録を申請します。

療	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名		申請者との続柄			
養	住 所	我孫子市				
	病 名					
者	受給者証の種類 (○を付けてください。)	1 特定疾患医療受給者証 2 特定医療費（指定難病）受給者証 3 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証				
	受給者番号					
振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行			本 店	
		信用金庫			支 店	
		信用組合			支 所	
		農 協			出張所	
	種 目	普通（総合）・当座	口座番号			
	口座名義人 (カタカナ)					

※ 次のいずれかの書類を添付してください。

- 1 特定疾患医療受給者証の写し
- 2 特定医療費（指定難病）受給者証の写し
- 3 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し