

様式第1号(第2条関係)

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

申請者

氏名

印

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	氏名		男・女	年 月 日生	電話	
	住所				病名	
保護者	氏名		男・女	年 月 日生	電話	
	住所				患者との続柄	
受給者証番号	第 号	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	交付年月日	年 月 日	
身体障害者手帳番号	第 号	等級	級	交付年月日	年 月 日	

口座振込依頼欄

支払金融機関名及び口座	金融機関名	本店支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
			普通 ・ 総合		