

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 Ⓜ

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。

<b>患 者</b>	氏名		男・女	年 月 日生	電話	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 大熊町大字			病名	
<small>(成年後見・未成年)</small> <b>保 護 者</b>	氏名		男・女	年 月 日生	電話	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 大熊町大字			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

【振込先】 ※口座名義人＝申請者となります。

<b>振 込 先</b>	金融 機関名	銀行・金庫 信組・農協						本店・支店 出張所
	預金 種別	普通 当座	口座 番号					フリガナ 口座名義人

添付書類 受給者証、受療証等の資格確認できるもののコピー