

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

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	□ 同上 大熊町大字			病名	
(成年後見・未成年) 保護者	氏名		男・女	年 月 日生	電話	
	住所	□ 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。

振込先	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	口座番号					フリガナ
当座							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

※市町村処理欄

継続

個人コード：