

年 月 日

小美玉市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(療養者との続柄： )  
電 話 ー ー

特定疾病療養者見舞金支給申請書兼請求書

特定疾病療養者見舞金の支給を受けたいので、小美玉市特定疾病療養者見舞金支給要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

特定疾病療養者	(フリガナ) 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				
	受給者証の区分	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	受給者番号		
	疾 病 名				
	受給者証有効期間	年 月 日から		年 月 日まで	
保 護 者 (療養者が18歳未満の場合記入)	(フリガナ) 氏 名		続 柄		
	住 所		電 話		

特定疾病療養者見舞金が支給決定された際は、下記の金融機関口座に振り込んでください。

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合	本 店 支 店 出 張 所
種 目	1 普通    2 当座	フリガナ
口 座 番 号		口座名義人

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任欄に記名してください。

添付書類

- 1 指定難病特定医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 2 申請者が保護者のときは、保護者であることを証明できるもの（療養者と同一世帯の場合を除く。）
- 3 その他市長が必要と認める書類

(裏面)

委 任 欄

私は、申請書に記載の口座名義人\_\_\_\_\_に特定疾病療養者見舞金の受け取りを委任します。

年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_