

様式第 1 号（第 4 条関係）

平成 年 月 日

潮來市長宛

申請者 住 所

氏 名

印

潮来市難病患者見舞金支給申請書

下記により、難病患者見舞金の支給を申請します。

難病患者	住 所			電話番号		
	フリガナ		男・女	生年月日		
	氏 名					
	病 名			医療受給者証番号		
	受療状況	1 入院 (1)病院名 2 外来 (2)入院年月日 年 月 日				
保護者	フリガナ		難病患者との続柄		電話番号	
	氏 名		()			
振込先	金 融 機 関		支 店	口 座 番 号		口 座 名 義 人

添付書類 1. 一般特定疾患医療受給者証の写し

下記は記入しないでください。

決定・却下	
支給開始	
支給金額	
決定・却下通知書発送	