

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

潮来市長 様

申請者 住所

氏名

印

潮来市難病患者福祉見舞金支給申請書

下記のとおり、難病患者福祉見舞金の支給を申請します。

記

難 病 患 者	住 所		電話番号	
	フリガナ			
	氏 名		男・女	生年月日 年 月 日
	病 名		医療受給者証番号	
受療状況	1 入院 (1) 病院名 年 月 日 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. 指定難病特定医療費受給者証, 一般特定疾患医療受給者証, 小児慢性特定疾病医療受給者証又は先天性血液凝固因子障害等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	年 月 日
支 給 開 始	年 月 日
支 給 金 額	
決 定 ・ 却 下 通 知 書 発 送	年 月 日