

第1号様式

指定難病等見舞金受給資格認定申請書

<記載の注意>

療養者と口座名義人を一致させてください。
療養者が児童の場合、口座名義人は保護者でも構いません。

〇年 〇月 〇日

住所 成田市花崎町760番地
申請者氏名 成田 太郎
電話番号 0476-22-1111

指定難病等見舞金の支給を受けたいので、受給資格の認定について、次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|--------------|------------------|---------|----------------|-----|
| 療 養 者 | フリガナ | ナリタ タロウ | 性別 | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年齢 |
| | 氏名 | 成田 太郎 | 男・女 | 本人 | 〇年 〇月〇日 | 〇〇歳 |
| | 住所 | 成田市花崎町760番地 | | | | |
| | 電話番号 | 0476-22-1111 | | | | |
| | 疾病名 | 〇〇〇〇〇 | | | | |
| | 医療機関名 | △△△△△ | | | | |
| 振 込 先 口 座 | 金融機関名 | ××× | 銀行 信用金庫 農協 | 成田 | 本店 支店 支所 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | | | |
| | 口座番号 | 1234567 | | | | |
| | フリガナ | ナリタ タロウ | | | | |
| | 口座名義人 | 成田 太郎 | | | | |