

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				