　第1号様式

指定難病等見舞金受給資格認定申請書

年　　月　　日

　（あて先）成田市長

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

　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 |  | 性別 | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 |  | 男・女 |  | 年  　　月　日 | 歳 |
| 住所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 疾病名 |  | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行  信用金庫  農協 | | 本店  支店  支所 | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | | |
| 口座番号 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員確認欄 | 施設入所 | 有・無 |
| 障がい手当・高齢手当 | 有・無 |