様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

　　長野原町長　　　　様

申請者　住所　長野原町大字

　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話

特定疾患等患者見舞金支給申請書

　長野原町特定疾患等患者見舞金支給要綱に基づき見舞金支給を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 住所 | 長野原町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 疾患名 | |  | | |
| 認定年月日 | |  | | |
| 医療機関名 | |  | | |
| 支払金融機関 | | 金融機関名：　　　　　　　　　　　　　銀行・金庫・組合・農協  支　店　名：　　　　　　　　　　　　　本店・支店・本所・支所  預金種別：　　　普通・当座・その他（　　　　　　　　　　）  口座番号：  ( ふ り が な)  口座名義： | | |

　添付書類　特定疾患・小児慢性疾患等認定書(受給者証の写し)