

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

かすみがうら市長

申請者 住所
氏名
難病患者との続柄



難病患者福祉金支給申請書

下記のとおり、難病患者福祉金の支給を申請いたします。

記

難病患者者	住 所	かすみがうら市		電話番号	
	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生
	氏 名				
	疾 患 名			医療受給者証番号	
支払希望金融機関名等	金融機関名	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 本所・支所	
	口座番号	(普通・当座)			
	フリガナ				
	口座名義人				

添付書類

指定難病特定医療費受給者証の写し