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 | 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

　　・受給者名義の預金通帳（店名・預金種目・口座番号が記載されている部分）の写し