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 | |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 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 |  | | | | |