別　記

　第１号様式（第４条第１項）

指定難病見舞金支給申請書

　　　年　　　月　　　日

（あて先）酒々井町長

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　指定難病見舞金の支給を受けたいので、酒々井町指定難病見舞金支給規則第４条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養者 | 住所 | 酒々井町  　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ･ 女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 病名 |  | | |
| 医療  機関名 |  | | |
| 介護者 | 住所 | 酒々井町 | | |
| ふりがな |  | 療養者  との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 添付書類 | | 受給者証等の写し | | |
| 振込口座 | | 銀行　　　　　本店  　　　　　　　金庫　　　　　支店  　　　　　　　農業協同組合　　　　　支所  　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ  普通預金･当座預金　口座番号　　　　　名義人 | | |
| 備考 | |  | | |