

ひたちなか市長 殿

申請者

住所

氏名

印

ひたちなか市難病患者等見舞金支給申請書

ひたちなか市難病患者等見舞金の支給を受けたいので、ひたちなか市難病患者等見舞金支給要綱第5条の規定により申請します。

難病患者等	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
	疾患名			
	受給者番号		※職員記入欄 No.	年 月 日
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		患者との 続柄	
	住所			

支給方法（希望する方法にチェックしてください。）

下記口座への振り込みによる支給を希望します。

振込先金融機関名	金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		支店
	種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

窓口での支給を希望します。

添付書類

- 1 一般特定疾患医療受給者証，指定難病特定医療費受給者証，小児慢性特定疾病医療受給者証  
又は先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し
- 2 保護者であることを証明できるもの（支給申請者が保護者の場合に限る。）