

取手市特定疾病療養者見舞金支給申請書

年 月 日

取手市長 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
療養者との続柄 _____
電話番号 ()

取手市特定疾病療養者見舞金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

療養者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
疾病名				
種類 (該当に○印)	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			
	先天性血液凝固因子障害医療受給者証			
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		療養者との続柄	

振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		支店
	種 類	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

受給者証の写し(申請時点で有効なものに限る。)

取手市特定疾病療養者見舞金の支給に当たり、見舞金の受給資格要件の確認を行うために必要な範囲内で、私の個人情報について、調査、照会又は閲覧することを承諾します。
氏名 印