

様式第1号（第3条関係）

難病患者見舞金支給申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所  
氏 名  
（患者が18歳未満の場合は保護者）  
電話番号  
患者との続柄（ ）

ふじみ野市難病患者見舞金支給要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
添付書類	1 指定疾患医療受給者証（写し） 2 特定疾患医療受給者証（写し） 3 指定難病医療受給者証（写し） 4 県単独指定難病医療受給者証（写し） 5 小児慢性特定疾病医療受給者証（写し）		

見舞金振込先 金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
ふりがな 口座名義人	預貯金 種別		口座 番号	