

別 記

第1号様式（第4条）

特定疾患見舞金支給申請書

年 月 日

印西市長 様

住 所

申請者 氏 名

電 話 ( )

次のとおり特定疾患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	ふりがな		申請者との続柄	生年月日	年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
	住 所 電 話	電話番号 ( )			
	病 名				
振 込 先	口座振込	銀行 金庫 農協	支店 支所 出張所		
	預金種別	普通・当座	ふりがな		
	口座番号	No. _____	名 義 人		
※受付			※確認		

備考

- ※の欄は記入しないでください。
- 添付書類
  - 特定医療費（指定難病）受給者証の写し
  - 特定疾患医療受給者証の写し
  - 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
  - 先天性血液凝固因子障害等受給者証の写し