

様式第1号（第2条関係）

	受付番号	
--	------	--

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

年 月 日

新地町長

住所

申請者

氏名

⑨

電話番号

特定疾患患者見舞金受給資格の認定について次のとおり申請します。

患 者	氏名		男・女	年 月 日生		
	住所					
保 護 者	氏名		男・女	年 月 日生	続柄	
	住所					
振込先金融 機関名及び 口座番号	金融機関名	支店名	口座番号	預金種目	(カナ) 口座名義	
				普通・当座		

備考

- 1 保護者欄は、患者が未成年の場合記入してください。
- 2 申請書提出に当たり、次の書類を添えて提出してください。
 - (1) 特定疾患患者であることを証明できるもの（基準日において有効な「小児慢性特定疾病医療受給者証」、「指定難病医療費受給者証」又は「特定疾患医療受給者証」）の写し
 - (2) 申請者が保護者であるときは、保護者の本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・身体障害者手帳等官公庁が発行したもの）の写し
 - (3) 振込先金融機関口座確認書類の写し