

別記様式（第5条関係）

千曲市特定疾患等患者見舞金支給申請書

令和 年 月 日

（あて先）千曲市長

申請者 住 所 千曲市

氏 名

（対象者との続柄）

千曲市特定疾患等患者見舞金支給事業実施要綱による見舞金の支給を申請します。

住 所	千曲市						
対象者氏名		生年月日	T・S・H・R				
			年	月	日生		
電 話	() - ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。						
特定疾患医療 受給者番号							
振込金融機関	銀行・信金・信組・農協・金庫						
支 店 名	支店・支所						
口座名義人		フリガナ					
口座種別	普通・当座	口座番号					

（注意事項）

①特定医療費（指定難病）受給者証②特定疾患医療受給者証③長野県特定疾病医療受給者証④小児慢性特定疾病医療受給者証のいずれかの受給者証をご持参ください。

N O.