

令和 年 月 日

東吾妻町長 様

申請者 住所 東吾妻町大字

フリガナ

氏名

㊞

電話

特定疾患等患者見舞金支給申請書 兼請求書

私は、東吾妻町特定疾患等患者見舞金支給要綱に基づき見舞金の支給を受けたいので、同告示第4条により申請し、請求いたします。

患者	住所	申請者と同じ <input type="checkbox"/>	東吾妻町大字		
	フリガナ 氏名	申請者と同じ <input type="checkbox"/>		性別	男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
疾患名					
有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
医療機関					
見舞金額		36,000円			

なお、見舞金は下記口座へ振り込んでください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 ※右詰めでご記入下さい				
銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	普通 当座
フリガナ 口座名義							

添付書類 ① 特定医療費(指定難病)・小児慢性特定疾病医療費等受給者証の写し

② 振込先金融機関口座確認書類

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に証明・押印してください。

委任状

上記「口座名義」欄に記載した者を代理人と認め、次の権限を委任します。

1. 特定疾患等患者見舞金の受領に関すること。

申請者氏名 _____ ㊞