様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

　　みなかみ町長　　　　様

申請者　住所

氏名

電話番号　　　―

特定疾患等患者見舞金受給申請書

　　みなかみ町特定疾患等患者見舞金支給要綱に基づき、特定疾患等患者見舞金の受給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定疾患等患者名 | 住所 | みなかみ町 | | | 申請者との続柄 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 病名 |  | 発病年月 | 年　　　月 | | |
| 金融機関  支払希望 | 名称 |  | 口座番号 |  | | |
| 添付書類 | 1　特定疾患医療給付受給者証の写し  2　身体障害者手帳の写し  3　その他町長が必要と認めた書類 | | | | | |