

○年 ×月 △日

石岡市長 宛

申請者 氏名 石岡 太郎  
 住所 石岡市石岡〇〇-×  
 (難病患者との続柄: 本人)

18 歳以上…難病患者本人  
 18 歳未満…難病患者の保護者

難病患者福祉見舞金支給認定申請書兼請求書

石岡市難病患者福祉見舞金支給要綱第 6 条の規定により、難病患者福祉見舞金の支給認定を受けたいので、下記のとおり申請します。また、第 7 条の規定により認定を受けたときには、下記の振込口座に振り込むことに同意します。

記

難病患者	氏名	石岡 太郎	生年月日	○年 ×月 △日
	住所	石岡市石岡〇〇-×		
	受給番号	〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	〇〇-××××
	病名	□□□□□		
保護者	氏名		生	日
	住所		患者との続柄	
額	30,000 円			

指定難病特定医療費受給者証の番号を記入。※診断書の場合は記入不要。

指定難病特定医療費受給者証または診断書記載の病名を記載。

難病患者が 18 歳未満の場合のみ記入。

一人年額 3 万円です。

【振込口座】 ※難病患者または保護者(18 歳未満の場合)の口座となります。

金融機関名	〇〇	銀行 信金	労金 信組 農協	××	本店 支店 出張所 支所				
種目	① 普通	2 当座	フリガナ	イシオカ タロウ					
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	石岡 太郎

添付書類

- 1 指定難病特定医療費受給者証(写し)又は当該疾病について継続して治療を要することを証する医師の診断書
- 2 申請者が保護者のときは、保護者であることを証明できるもの(難病患者と同一世帯の場合を除く。)
- 3 その他市長が必要と認める書類