

年 月 日

石岡市長 宛

申請者 氏 名

住 所

電話番号
(難病患者が 18 歳未満の場合は保護者)

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		生 年 月 日	年 月 日
	住 所	石岡市		
	受 給 者 番 号		申 請 者 と の 続 柄	
	病 名			
請 求 額		30,000 円		

【振込口座】

金 融 機 関 名	銀行 労金 信金 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
口 座 番 号			口 座 名 義 人

※原則、難病患者本人の口座となります。(難病患者が 18 歳未満の場合は保護者の口座も可)

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(振込口座情報のわかるものの写し等)