

記 入 例

様式第1号(第6条関係)

○年 ×月 △日

石岡市長 宛

申請者 氏 名 石岡 太郎

住 所 石岡市〇〇〇〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(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

難病患者が18歳以上でも未満でも
難病患者本人の氏名を記入。

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、下記の振ります。

難 病 患 者	氏 名	石岡 太郎		○年 ×月 △日
	住 所	石岡市〇〇〇〇〇		
	受 給 者 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	申請者と の 続 柄	
	病 名	□□□□□□□		

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。

請 求 額

30,000 円

【振込口座】

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歳未満の場合は、申請者
との続柄を記入してください。
18歳以上の場合は原則、本人です。

金融機関名	○○							本 店 支 店 出張所 支 所	
	銀行 信金 信組 農協	××							
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

※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)