様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 難病患者見舞金受給資格認定申請書  年　　月　　日  　久喜市長　　　　あて  申請者  住所  氏名 | | | | | | | | | |
| 受給者 | ふりがな |  | | | | | 年　　月　　日生 | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 | TEL(　　) | | | | | | | |
| 疾病名 | | | | | 1　指定難病　2　特定疾患  3　指定疾患　4　小児慢性特定疾病  (受給者番号) | | | |
| 受給者証有効期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | |
| 身体障害者手帳  　　　　　　級 | | | 療育手帳　　　　　A　　A　　B　　C | | | | | |
| 振込先 | | 普 | | 口座番号 | | | | (ふりがな) |
| ・ | | 名義 |
| 当 | |
| 保護者 | ふりがな |  | | | | | 年　　月　　日生 | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 |  | | | | | | 受給者との続柄 | |