|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書平成　　　　年　　月　　日　双　葉　町　長　様住所　双葉町大字申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞避難先住所（電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）特定疾患患者見舞金受給資格の認定について、次のとおり申請します。 |
| 患者 | 　 |  | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 職　　業 |  |
| 住　所 | 双葉町大字 |
| 保護者 | 　 |  | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 職　　業 |  |
| 住　所 | 双葉町大字 |
| 病　　　名 |  |
| 特定疾患患者医療受給者証番号 | 号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 受給者証の有効期限 | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日 |
| 身体障害者手帳番号 | 号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 支払金融機関名及び口　　　　　　　座 | 金融機関名 | 支　　店 | 普通当座 | 口座番号 |  |
|  |  |  |  |