|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 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 | | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |