

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 ⑩

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	ふりがな 氏名		男	生年月日	年 月 日生
			女	職業	
	住所	双葉町大字			
保護者	ふりがな 氏名		男	生年月日	年 月 日生
			女	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	口座番号	
			当座	ふりがな 預金者名	