

受付番号	
------	--

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

年 月 日

双葉町長 殿

申請者 住所  
氏名 印

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・女	生年月日 年 月 日	職業
	住所			

保護者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日 年 月 日	職業
	住所			

特定医療費 受給者証等 の状況	病名	
	受給者証の記号番号	
	受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	交付年月日	年 月 日

身体障害者手帳番号	号	交付年月日	年 月 日
-----------	---	-------	-------

支 お 払 金 融 機 関 名	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号
	ふりがな 口座名義人		