

佐倉市難病者等見舞金支給申請書

平成20年 4月 〇日

(宛先) 佐倉市長

(申請者) ※本人又は保護者
住所 佐倉市海隣寺町97

小児慢性特定疾病の場合
は、受給者証の保護者欄
の氏名を記入します。

氏名 佐倉 市子

電話 043-484-〇〇〇〇

申請者から見た
難病者との関係
を記入します。
例：申請者が父
の場合「子」と
記入します。

以下のとおり、関係書類を添えて難病者等見舞金の支給を申請します。

難病者等	フリガナ	サクラ イチコ		申請者との続柄	本人
	氏名	佐倉 市子			
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生			
	住所	同上			
千葉県が発行する医療受給者証等(係書類)	受給者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		有効期限	平成〇〇年 〇月 〇日から 〇〇年 〇月 〇日まで
				階層区分	一般II
療養者に関する難病者等見舞金を下記の口座に振り込んでください。					
座振込依頼欄	金融機関コード、店舗コードは、わからない場合、空欄で結構です。	房総 銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通 2 当座 3 その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号		
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号		
	フリガナ	サクラ イチコ			
口座名義人 ※本人名義のもの(保護者がいる場合は保護者の口座)		佐倉 市子			

小児慢性特定
疾病の場合
は記入不要です。

※添付書類：千葉県から交付された「特定医療費(指定難病)受給者証」、「小児慢性特定疾病医療受給者証」又は「特定疾患医療受給者票」の原本を提示の上、その写しを添付してください。

【公簿による確認について】

本制度に該当する間、見舞金支給に必要な私の住民基本台帳の情報が公簿により確認することに同意します。

小児慢性特定疾病の場合、保護者と難病者の氏名の記入、捺印をお願いします。

氏名 佐倉 市子 (印)

氏名 (印) ※本人署名の場合は、押印不要

※小児慢性特定疾病のかたのみ記入

公簿による確認についての同意書

平成 年 月 日

(宛先) 佐倉市長

佐倉市難病者等見舞金支給制度の申請にあたり、私および健康保険上の同一世帯のすべての者の市町村民税課税状況について、佐倉市長が公簿により確認することに同意します。

※見舞金の受給資格者と難病者のかたが加入している健康保険に属しているすべてのかたを記入してください。

※本人が署名（自筆で記入すること）した場合は押印不要です。

※前年度市町村民税の課税が佐倉市以外の自治体の場合、当該市町村発行の課税証明書（または非課税証明書）の提出をお願いすることがあります。

(受給資格者)

氏名 _____ (印)

(難病者)

氏名 _____ (印)

(それ以外のかた)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)