

佐倉市難病者等見舞金支給申請書

〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 佐倉市長

(申請者) ※本人又は受給者証に記載の保護者【18歳未満】

難病者本人が申請者となります
(小児慢性特定疾病【18歳未満】
の場合は保護者が申請)

郵便番号 285-8501

住所 佐倉市海隣寺町97

氏名 佐倉 市子

電話 043(484)〇〇

基本は「本人」
(小児慢性特定疾病【18歳未満】は申請者が保護者)の場合「子」

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

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(関係書類)	受給者番号					有効期限		階層区分
	0	1	2	3	4	5	6	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで

受給者証を参考にご記入ください

上記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。

金融機関コードや店舗コードがわからない場合は空欄でお願いします

振込依頼	金融機関コード	0	1	2	3	4	5	6	店舗コード	1	2	3	4	5	6	7
	ゆうちょ銀行	通帳記号					通帳番号									
振込依頼	フリガナ	サクラ イチコ					口座番号									
振込依頼	口座名義人	佐倉 市子					種目									
							1 普通 2 当座 3 その他									

更新の場合は以前と同じ口座で差し支えなければ、
口座名義欄に「前回と同じ」とご記入ください。

振込口座は原則難病者本人名義とし、小児慢性特定疾病【18歳未満】の場合は受給者証の保護者。本人名義以外の口座へ振込む場合は委任状が必要です、お問い合わせください

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公簿により確認することに同意します。

氏名 佐倉 市子

佐倉

小児慢性特定疾病の場合申請者(保護者)と対象者(お子様)の氏名をご記入ください

有効期限内の受給者証のコピーを添付の上ご提出ください
小児慢性特定疾病の方は(18歳未満)、
2枚目の「公簿による確認についての同意書」の記入もお願いします。