

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】

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

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)

基本は「本人」
(小児慢性特定疾病18
歳未満は申請者が保護
者の場合は「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(関係書類)	受給者番号	〇 1 2 3 4 5 6	有効期限	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで	階層区分	一般II

受給者証を参考に
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	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	0 1 2 3	4 5 6	店舗コード	7	口座番号	1 2 3 4 5 6 7						
振込依頼	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							
振込依頼	口座名義人	佐倉 市子											

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
本人名義としてください。
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。