

受付番号

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

申請日を必ず記入してください

令和 7 年 10 月 1 日

南相馬市長 門馬 和夫

(居所または避難先)

住 所

申請者

氏 名

電話番号

患者の氏名・生年月日等を記入して下さい
※住所は受給者証の住所をご記入ください

の認定について、次のとおり申請します。

患者	氏名	南相馬 太郎		男・女	T・ ☒ ・H・R 29年 1 月 17 日生	
	住民登録のある住所	南相馬市 区 ...				
保護者	氏名			男・女		
	住民登録のある住所	南相馬市 区				
振込先金融機関名 及び口座番号		金融機関名	支店名	口座番号	預金種目	口座名義 (カナ)
					普通・当座	

患者が未成年の場合には、
保護者の氏名等を記入して下さい

備考

患者本人の通帳の口座番号等を記入して下さい。患者が未成年の場合は、保護者の通帳でも可です。
通帳の口座番号とカナ名義が確認できるページの写しを必ず添付してください。

(3) 振込先金融機関口座確認書類の写し(カナ名義人と口座番号がわかるページ)