

受付番号	
------	--

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

南相馬市長 門馬 和夫

令和 7 年 月 日

(居所または避難先)
住 所 _____

申請者 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

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	氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日生		
	住民登録のある住所	南相馬市 区				
保護者	氏名		男・女	年 月 日生	続柄	
	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	

備考

- 1 保護者欄は、患者が未成年の場合記入してください。
- 2 申請書提出に当たり、次の書類を添えて提出してください。
 - (1) 特定疾患患者であることを証明できるもの(基準日において有効な「指定難病医療費受給者証」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証」)の写し
 - (2) 申請者が保護者であるときは、保護者の本人確認書類(運転免許証・保険証・身体障害者手帳等官公庁が発行したもの)の写し
 - (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)