

## 志木市難病患者入院見舞金支給申請書

年 月 日

志木市長 様

住所 志木市

氏名 入院者との続柄

電話 ( )

ファクシミリ ( )

電子メールアドレス

次のとおり申請します。この申請による見舞金は、下欄の金融機関口座へ振込払いを依頼します。

フリガナ			生年月日	年	月	日
入院者氏名						
住 所	志木市					
病 名			受給資格 取 得	年 月 日		
受給者証区分	1. 特定疾患医療受給者証 2. 小児慢性特定疾患医療受給者証 3. 指定疾患医療受給者証					
入院期間 入院回数	年 月 日から		年度 回目の入院			
	年 月 日まで					
病院の名称等			手帳の有無	身障・精神 級 療育 ・ なし		
保護者	住 所	電話番号				
	氏 名			対象者との続柄		
振 込 金融機関名			銀行・農協 信用金庫		本店 支店	
金融機関番号	店番号		普通・当座	口座番号		
名義人氏名			フリガナ			
添付書類	1 埼玉県の発行する「特定疾患医療受給者証」「小児慢性特定疾患医療受給者証」、又は「指定疾患医療受給者証」の写し 2 入院の状況が分かる書面					
			※番号			