

様式第1号の1(第5条関係)
(宛先) 松本市長

年 月 日

住 所	松本市
申請者 (患者)	氏 名
18歳未満の場合は保護者	

松本市特定疾患患者見舞金受給申請書

次により松本市特定疾患患者見舞金を受給したいので申請します。

患 者 欄	住 所	松本市				電 話															
	氏 名				申請者 (患者) との続柄		生 年 月 日	年 月 日													
	病 名						発 病 年月日	年 月 日													
	施 設 状 況	入院 通院 往診 その他()																			
振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名		種別	口 座 番 号		(フリガナ) 口座名義人													
	1.銀行 4.労金 2.信金 5.農協 3.信組		本・支店 本・支所 出張所		1.普通 2.当座																
	ゆうちょ 銀行		漢数字3文字を記入		1.普通 2.当座																
参 考 事 項	特定医療費(指定難病)受給者証、ウィルス肝炎医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証等の受給者番号																				
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
※決定欄	係	係 長	課 長	上記の申請について支給の可否を決定し、申請者に通知してよろしいでしょうか。																	
	可 ・ 否			施行年月日			年 月 日														

- (注) 1 ※印欄には記入しないで下さい。
2 松本市特定疾患患者見舞金支給要綱第3条第1号に規定する受給者証等の写しを添付してください。