

様式第1号の2(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
振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名	種別	口 座 番 号	
	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	疾病名				発 病 年 月 日	年 月 日
	施設状況	入院 通院 往診 その他()				
	上 記 の と お り 証 明 し ま す 。 年 月 日					
	住 所 医 療 機 関 名 称 氏 名					
※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。