

年 月 日

住 所 松本市

申請者  
(患者)

氏 名

18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
	疾病名				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		(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			1
医 療 機 関 証 明 欄	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。		承 認
						嘱託医
	可	否		施行年月日	年 月 日	年 月 日

(注) 1 ※印欄には記入しないで下さい。