

(様式第1号の1)

(あて先) 松本市長

18歳以上は患者本人
18歳未満は保護者

申請者
(患者)

住所 松本市 丸の内

氏名 松本 太郎

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 丸の内 3番7号			電話	34-3000	
	氏名	松本 太郎 (18歳未満の場合: 松本 花子)		申請者 (患者) との続柄	本人 (子)		
	病名	*****					
振込先	施設	<input checked="" type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 往診 <input type="radio"/> その他()					
	支店名	種別	口座番号		フリガナ 口座名義人		
	ゆうちょ 銀行	1.普通 2.当座	1.普通 2.当座		マツモト タロウ		
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						
	7	6	5	4	3	2	1
※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
	可・否			施行年月日	年 月 日		年 月 日

ゆうちょ銀行か
他の金融機関の
どちらか記入

・患者本人名義
・本人以外の口座へ振込む場合は、委任状が必要です。
・18歳未満の場合は申請者もしくは、患者(子ども)本人名義としてください。委任状の記入は不要です。

- (注) 1 ※印欄には記入しないで下さい。
2 長野県から交付されている特定医療費(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写しを添付してください。