

(様式第1号の2)

(あて先) 松本市長

日

18歳以上は患者本人
18歳未満は保護者

住所 松本市 丸

申請者
(患者)

氏名 松本 太郎

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
振 込 先	疾病欄	ゆうちょ銀行か 他の金融機関 のどちらか記入					
	支店名	種別	口座番		義人		
	ゆうちょ 銀行	1.普通 2.当座	1 1		マツ タロウ 松本 太郎 (松本 花子)		
医 療 機 関 証 明 欄	疾病名	*****			発病年月日	×年×月×日	
	施設状況	<input type="checkbox"/> 完 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他()					
	申請書提出日から、3ヶ月以内に証明されたもの	上記とおりに証明します。 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
	可	否	施行年月日	年 月 日		嘱託医 年 月 日	

(注) 1 ※印欄には記入しないで下さい。