様式第１号（第４条関係）

受付印

難病患者見舞金支給申請書

年　　月　　日

熊谷市長　　宛

（申請者）住所
氏名
電話　　－　　－

難病患者見舞金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

患者	フリガナ		住　所	
	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日	申請者との続柄	
受給者証の記載内容	指定疾患医療受給者証　・　特定疾患医療受給者証 指定難病医療受給者証　・　小児慢性特定疾病医療受給者証 （番号） （有効期間）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日			

私が熊谷市から受ける難病患者見舞金は、次の口座へ振り込むよう依頼します。

口座名義人	フリガナ		預金種別	普通　・　当座
	氏　　名			
金融機関名		支店名	口座番号	

◎１　太枠内を記入してください。
　２　指定疾患医療受給者証、特定疾患医療受給者証、指定難病医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証の写しを添付してください。

審査欄	決　定	支　給	年　　月　　日	番　号	第　　号
		不支給	年　　月　　日	備　考	
	支給予定日		年　　月　　日		