

年 月 日

ひたちなか市長 殿

申請者
住所
氏名
(難病患者等との続柄 本人・)

ひたちなか市難病患者等見舞金支給申請書

ひたちなか市難病患者等見舞金の支給を受けたいので、ひたちなか市難病患者等見舞金支給要綱第5条の規定により申請します。

難病患者等	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
	疾患名			
	受給者番号		※職員記入欄 No.	年 月 日

支給方法（希望する方法にチェックしてください。）

前年度と同じ口座への振込みによる支給を希望します。

下記口座への振込みによる支給を希望します。

振込先金融機関名	金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		支店
	種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

窓口での支給を希望します。

添付書類

一般特定疾患医療受給者証，指定難病特定医療費受給者証，小児慢性特定疾病医療受給者証又は先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し