様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 難病患者見舞金受給資格認定申請書  年　　月　　日  　久喜市長　　　　あて  （申請者）住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | |
| 受給者 | ふりがな | |  | | 年　　月　　日生 | | |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | | ＴＥＬ　　 　（　 　 ） | | | | |
| 疾病名 | | | | １　指定難病　２　特定疾患  ３　指定疾患　４　県単独指定難病  ５　小児慢性特定疾病 | | |
| 受給者証有効期間 | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 振込先 | 銀行・農協　　　　　　　　　信用金庫 | | | 普通  ・  当座 | 口座番号 | |
| ふりがな | |
| 名義 | |
| 本店  　　　　　　　　　　　・  　　　　 支店 | | |
| 保護者 | ふりがな | |  | | 年　　月　　日生 | | |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | |  | | | | 受給者との続柄 |