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 |