

様式第 1 号 (第 2 条関係)

<p>難病患者見舞金受給資格認定申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>久喜市長                      あて</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			
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	口座番号
		・ 当座	ふりがな
			名義
保護者	ふりがな		年 月 日生
	氏 名		
	住 所		受給者との続柄