

様式第1号の1(第5条関係)  
 (宛先) 松本市長

年 月 日

申請者 氏名  
 (患者)

(代理申請の場合) 氏名 (続柄)

※18歳未満の 住所  
 場合は保護者 (連絡先 )

松本市特定疾患患者見舞金受給申請書

次により松本市特定疾患患者見舞金を受給したいので申請します。

患 者 欄	住所	松本市			電話										
	氏名				生 年 月 日	年 月 日									
	病名														
	治療 状況	入院 通院 往診 その他( )													
振 込 先	金融機関名		支店名	種別	口座番号		(フリガナ) 口座名義人								
	1.銀行 4.労金 2.信金 5.農協 3.信組		本・支店 本・支所 出張所	1.普通 2.当座											
	ゆうちょ 銀行		漢数字3文字を記入	1.普通 2.当座											
参 考 事 項	特定医療費(指定難病)受給者証、ウィルス肝炎医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証等の受給者番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
※決 定 欄	係	係長	課長	上記の申請について支給の可否を決定し、申請者に通知してよろしい で しょうか。											
	可	否		施行年月日	年 月 日										

- (注) 1 ※印欄には記入しないで下さい。  
 2 松本市特定疾患患者見舞金支給要綱第3条第1号に規定する受給者証等の写しを添付してください。  
 3 18歳未満の方は、振込先を申請者(保護者)または患者の口座としてください。  
 4 本申請後に、患者本人名義の口座凍結が生じた際は、支給できない場合があります。