

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
 場合は保護者
 住所 (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					
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			
医療機関証明欄	疾病名				発病年月日	年 月 日
	治療状況	入院 通院 往診 その他()				
	証明欄	上記のとおり証明します。 年 月 日 住所 医療機関名称 氏名				
※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 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。
 3 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。