様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

　茨城町長　あて

申請者　　　住所

氏名

難病患者との続柄

電話番号

茨城町難病患者見舞金支給申請書

　茨城町難病患者見舞金の支給を受けたいので，茨城町難病患者見舞金支給要綱第５条の規定に

基づき，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 難　病　患　者 | □申請者と同じ  住　　所 | 茨城町  電話番号　　　　（　　　　） | | |
| □申請者と同じ  氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 公費負担医療の  受給者番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | |
| 有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | |

添付書類

　　指定難病特定医療費受給者証の写し

　　振込先金融機関名等の分かる書類の写し

　　その他町長が必要と認める書類