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　小児慢性特定疾病(受給者番号) |
| 受給者証有効期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 身体障害者手帳　　　　　　級 | 療育手帳　　　　　A　　A　　B　　C |
| 振込先 | 普 | 口座番号 | (ふりがな) |
| ・ | 名義 |
| 当 |
| 保護者 | ふりがな | 　 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 | 受給者との続柄 |