

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: right;">申請者 住 所 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 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 ・ 当	口座番号	(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			