

令和6年 4月 1日

木更津市長 渡 辺 芳 邦 様

〒 292-8501

住 所 木更津市 朝日3-10-19

申請者
(送付先)

氏 名 木更津 太郎

㊞

次のとおり難病患者療養見舞金支給の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

難 病 患 者	ふ り が な	きさらづ はなこ	性 別	申請者との続柄	生 年 月 日	
	氏 名	木更津 花子	男・㊞	長女	T・㊞・H・R 40年 1月 1日	
	住 所	木更津市 朝日3-10-19 TEL 0438-23-8514		ふりがな	きさらづ たろう	
	世 帯 主	木更津 太郎		疾 患 名	受給者証に記載のある疾患名	
現在 の 入 通 院 別	㊞ 入院 2 通院		上 記 疾 患 の 初 診 年 月 日	年 月 日	医療機関の 名 称	現在通われている病院
医 療 給 付	①.特定疾患 2.小児慢性特定疾患		1 受けていない 3 申請中 ② 受けている 〔 受給番号 123456 〕			
支 給	1 窓 口 払 ② 口座振替払 ゆうちよ 銀行・金庫・農協・組合 ○五八 支店 ①普通 2当座 (ふりがな) きさらづ たろう 名義人 木更津 太郎 口座番号 1234567					
※ 事 務 処 理 欄	1 受給資格該当により難病患者療養見舞金支給認定することとしたい。 2 受給資格非該当により却下することとしたい。					
決 裁 欄	決	課 長	係 長	係	担 当	提出年月日
						決裁年月日
	認定年月日	年 月 日		支給開始年月日	年 月 日	