様式第１号（第３条関係）

特定疾患見舞金支給申請書

年　　　月　　　日

（あて先）三芳町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名

電話番号　　　（　　　）

三芳町特定疾患見舞金支給要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性　　別 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 保護者の氏名（患者が１８歳未満の場合） | 　　　　　　　　　　（患者との続柄　　　　　　） |

　特定疾患見舞金を、下記口座に振り込んでください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関名 | 　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　本・支店　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　本・支店　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　　本・支店 |
| ふりがな口座名義人 |  | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | No. |

※ゆうちょ銀行の場合は記号・番号を記入