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