様式第1号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　月　　日  赤磐市特定疾患援護費給付申請書  　　赤磐市長　　　　様  　住所　赤磐市  申請者　氏名  続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 電話　(　　　　)　　　－  　赤磐市特定疾患援護費を給付されたく、赤磐市特定疾患援護費給付条例施行規則第3条の規定により申請します。  なお、給付決定に必要な場合、公簿等により市民税を確認されることを承諾します。  1　給付対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 男 ・ 女  生年月日　　T・S・H・R　　　　年　　月　　日生  2　県の認定番号  3　特定疾患名  4　受給者証又は受診券の交付年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  5　給付対象者が本市に居住を開始した年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　※ 「医療受給者証」を添付してください。（写し可）  　　※ 腎不全患者は、人工透析治療中であることを証する書類を添付してください。 | | | | | |
| 指定振込  金融機関 | 金融機関名 |  | | 支店・支所名 |  |
| 種別 | 普通（総合）・当座 | (フリガナ)  口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 口座番号 |  |