

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)	()	
	口座番号		口座名義人		