

様式第1号（第4条関係）

川越市難病患者見舞金支給申請書

年 月 日

（提出先）

川越市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 () _____ 患者との続柄 _____

ふりがな			
患者氏名			
住 所	川越市		
生年月日	年 月 日		
川越市に1年以上住所を有していますか。	1. はい 2. いいえ		
医療受給者証の有効期間はいつですか。	年 月 日～ 年 月 日		
見舞金の振込先 金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店	
	<input type="checkbox"/> 農業協同組合	<input type="checkbox"/> 出張所	
ふりがな	口座区分	普通・当座・貯蓄	
口座名義人	口座番号		
<input type="checkbox"/> 前年度と同じ口座に振込			

審査欄	住民日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 住民日確認	<input type="checkbox"/> 受給者証確認
	認定	確認日	年 月 日	通知日	年 月 日
		認定額			
	却下	却下日	年 月 日	通知日	年 月 日
理由					確認者印
				銀行コード	
更正区分	2・追加	3・修正	4・既存		