

川越市難病患者見舞金支給申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(提出先)

川越市長

申請者 住所 川越市元町1-3-1

氏名 〇〇〇 〇〇〇 印

電話 (224) 8811 患者との続柄 本人

ふりがな	〇〇〇 〇〇〇		
患者氏名	〇〇〇 〇〇〇		
住所	川越市 元町1-3-1		
生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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。	平成〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日		
見舞金の振込先金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	〇〇〇
ふりがな	〇〇〇 〇〇〇	口座区分	普通・当座・貯蓄
口座名義人	〇〇〇 〇〇〇	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> 前年度と同じ口座に振込			

記入はここまでです。
 前年度も難病患者見舞金の申請をされて、口座変更のない方は、
 この欄に印をつけるだけで振込先を記入する必要はありません。

審査欄	却下	理由	確認	<input type="checkbox"/> 受給者証確認
			年 月 日	
			年 月 日	
			確認者印	
更正区分		2・追加	3・修正	4・既存
		銀行コード		—