

別記様式（第4条関係）

※受付年月日	・	・
※受付番号		

難病患者見舞金支給申請書

年 月 日

伊東市長 様

住 所

☎ ()

(申請者) 氏 名

難病患者との続柄

伊東市難病患者見舞金支給要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類をそえて申請します。

難 病 患 者	住 所	伊東市		電話	
	氏 名			性別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	職業	
療 養 状 況	病 名			初診年月日	
	現在診療を受けている 医療機関	医療機関名			入院 ・ 通院
		所在地			
支金 払融 希機 望関	金融機関名・支店名	口座種類	口 座 番 号	口座名義（フリガナ）	
		普通 当座			
備 考					

※審 査	
------	--

(注) ※欄は記入しないでください。