

中之条町特定疾患等患者見舞金支給申請書

令和 年 月 日

中之条町長 様

私は、中之条町特定疾患等患者見舞金支給要綱に基づき、令和8年度分の見舞金の支給を受けたいので、関係書類を添えて以下のとおり申請します。

申 請 者	患 者	氏 名			
		生年月日	年	月	日
		住 所	中之条町 大字		
		電話番号			
	※患者の養育者・代理者	氏 名			
		生年月日	年	月	日
		住 所			
		電話番号			
		患者との続柄			
	疾 患 等		別添受給者証のとおり		
群馬県の認定期間		別添受給者証のとおり			
指定医療機関		別添受給者証のとおり			
支 払 希 望 金 融 機 関		銀行・信用組合 農協・信用金庫 支店			
		口座番号			
		フリガナ 名義人			

添付書類 ： 令和8年12月1日現在で有効な特定疾患等医療の受給者証の写し

※ 患者の養育者・代理者欄は、患者が未成年である又は特別な事情がある場合、若しくは患者本人が申請ができない場合に記入すること。