

第1号様式（第5条関係）

課長	課長補佐	係長	主務	期	前期分・後期分		
				住基照合		証添付	
				受給者番号			

<h2 style="margin: 0;">指定難病援護金支給申請書</h2> <p style="text-align: right; margin: 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 0;">(宛先) 沼津市長</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">〒 ー</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">住 所</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">申請者氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: center; margin: 0;">受給者との続柄 ( )</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">電話番号</p> <p style="margin: 0;">沼津市指定難病援護金支給要綱第5条の規定により、援護金の支給を申請します。</p>							
受給者	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	(満 歳)
	住所	(〒 ー )		(電話番号 )			
療養状況	病名						
	現在診療を受けている 医療機関	医療機関名 所在地				入通 院別	入院 ・ 通院
口座振替	金融 機関 名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	預金の 種類	普通・当座	口座名義人	
				口座 番号		フリガナ 氏名	

(注) 太枠の中をご記入下さい。

既認定	種別	重症 人呼	階層区分	低Ⅰ 低Ⅱ 他	支給額	円
-----	----	-------	------	---------	-----	---