

記入例

第1号様式（第5条関係）

訂正する場合は、二重線で消し、その上に訂正印（申請印と同じもの）を押印して下さい。

課長	課長補佐	係長	主務	期	前期分	後期分
				住基照合	証確認	
				受給者番号		

指定難病援護金支給申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 沼津市長

この申請書を書かれる方についてご記入下さい

申請者

〒410-0881

住所 沼津市八幡町97

氏名 保健 千子

受給者との続柄 (妻)

電話番号 951-3480

同じ印鑑

本人、妻、長男等

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。

受給者ご本人についてご記入下さい

受給者	ふりがな	ほけん せんた		男・女	生年	明治	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	保健 千太			月日	昭和	(満 〇〇歳)	
住所	(〒410-0881)		(電話番号 951-3480)					
	沼津市 八幡町97							
療養状況	病名	パーキンソン病						
	現在診療を受けている医療機関	医療機関名	沼津市立病院		入通院別	入院 ・ 通院		
口座振替	金融機関名	本店	銀行	本店	預金の種類	普通・当座		口座名義人
		支店	沼津 信用金庫 八幡町 農協	支店	口座番号	0123456		フリガナ ホケン センタ 氏名 保健 千太

(注) 太枠の中をご記入下さい。

口座情報に一部でも誤りや記入漏れがあると振込ができません。通帳を確認の上、正確にご記入下さい。

階層区分	低I	低II	一般他	種別	一般	重症	入呼	支給額	円
------	---------------	----------------	----------------	----	---------------	---------------	---------------	-----	---