

塩尻市難病患者見舞金受給申請書

令和      年      月      日

(あて先) 塩尻市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

令和7年度塩尻市難病患者見舞金を受給したいので、次のとおり申請します。

見舞金の受給資格者	住 所						
	患 者 氏 名		申 請 者 との続柄		生年 月 日	年    月    日	
	疾病名又は 疾患名						
	受給者番号	第                      号	有効 期間	年    月    日から 年    月    日まで			

備考

- 1    特定医療費（指定難病）受給者証、長野県特定疾病医療受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定医療費医療受給者証の受給者番号、有効期間を御記入ください。
- 2    1のいずれかの受給者証をお持ちの方は、その写しを添付してください。

塩尻市難病患者見舞金は、次の口座に振り込んでください。

口座振込金融機関	金融機関名	銀    行 信用組合 信用金庫 農    協	支 店 名	本   店 支   店 支   所 出張所			
	口座の種類	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、口座振込用の支店名・口座番号を御記入ください。

受付者記入欄（申請者は記入しないでください。）

受給者証照合内容 及び照合者氏名	1    特定医療費（指定難病）受給者証 2    長野県特定疾病医療受給者証 3    特定疾患医療受給者証 4    小児慢性特定疾病医療受給者証	
	受付者印	個人コード