

様式第1号（第3関係）

坂城町難病等患者見舞金支給申請書

令和 年 月 日

坂城町長 様

住所 坂城町大字

氏名 _____

電話 _____

患 者 氏 名		生 年 月 日	T S R 年 月 日 H
保 護 者		世 帯 主	
疾 病 名 又 は 疾 患 名		受 給 者 証 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
金 融 機 関		支 店 名	支 店 支 所
口 座 番 号	普 ・ 当	フリガナ	
		口座名義	

- 1 金融機関をゆうちょ銀行にする場合は、通帳の写しを添付してください。
- 2 口座名義は、本人（患者）名義にしてください。
- 3 受給者証の写しを添付してください。