

様式第1号（第3条関係）

特定疾患見舞金支給申請書

年 月 日

（あて先）三芳町長

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

三芳町特定疾患見舞金支給要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 患者氏名		性 別	
		生年月日	年 月 日
住 所			
保護者の氏名 (患者が18歳未満の場合)	(患者との続柄)		

特定疾患見舞金を、下記口座に振り込んでください。

記

振込先金融機関名	銀行	本・支店
	信用金庫	本・支店
	農業協同組合	本・支店
ふりがな 口座名義人	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	No.

※ゆうちょ銀行の場合は記号・番号を記入