

第1号様式(第5条第1項)

## 習志野市難病患者見舞金支給認定申請書

令和 年 月 日

習志野市長 宛て

住所.....

(申請者)

氏名.....

習志野市難病患者見舞金支給条例第5条の規定により受給資格の認定を受けたいので、  
関係書類を添えて申請いたします。

療養者	フリガナ			生年月日	
	氏名			明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	
	住所	習志野市		申請者 との 続柄	
	電話	( )			
現に治療を受けている病院の名称・所在地	病名				
	入院・通院 いずれかに○をしてください。				
	病院名				
	所在地				
生活保護法による保護の有無		有 ・ 無			
振込先	銀行	支店(口座)当・普・貯 NO.			
	名義(カタカナ)				

住民票	認定番号	規定年齢到達
	—	