

朝霞市難病患者見舞金受給資格認定及び継続申請書

年 月 日

朝霞市長宛

申請者 住 所 朝霞市

氏 名

電 話

朝霞市難病患者見舞金の受給資格認定を受けたいので申請します。

フリガナ				年 月 日生	
難病患者氏名					
疾病の状況	疾病名				
	受給者証番号	第 号	有効期限	年 月 日から 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 前年度と同じ振込口座を指定 振込先金融機関 ..... 銀行・信金・信組・農協 ..... 本店・支店  口座番号（普通・当座）.....  口座名義人（カタカナ）.....					
				認 定 番 号	

受付	
----	--