

柏市特定疾病療養者見舞金登録申請書

年 月 日

柏市長

あて

申請者 住所
氏名
登録者との続柄 ()
Tel ()

柏市特定疾病療養者見舞金の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象療養者	フリガナ		生年	年 月 日		
	氏名		月日			
	住所	電話 ()				
疾病名						
フリガナ		生年	年 月 日		対象療養者との続柄	
世帯主名 (保護者)		月日				
振込先	金融機関名		銀行		支店	
	貯蓄					
	口座番号		普通			
(フリガナ)						
口座名義						

※添付書類

有効期限内の千葉県特定医療費（指定難病）受給者証、特定疾患医療受給者票または柏市小児慢性特定疾病医療受給者証の写し