

難病患者等激励費支給申請書

令和 年 月 日

(申請先) 佐久市長

(申請者) 住所 佐久市

氏名

電話

難病患者等に関する激励事業実施要綱に基づく激励費の支給を下記のとおり申請します。

記

申請額	円
氏名	
生年月日	大正 平成 年 月 日 昭和 令和
区分 (該当するものに○)	・指定難病 ・ウイルス肝炎 ・遷延性意識障害 ・小児慢性特定疾病 ・人工透析 ・その他の難病
※ 受給者証等の写し添付(裏面)	
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
当該年度12月1日現在6か月以上佐久市に住所がある	ある ・ ない

*振込先

<input type="checkbox"/> 昨年と同じ口座	<input type="checkbox"/> 新規口座		
金融機関	銀行・金庫 組合・農協	支店等名	支店・支所 ・出張所
フリガナ		種目	1普通 2当座 3()
口座 名義人		口座番号

No.