

受付番号

様式第1号(第3条関係)

高根沢町特定疾患者見舞金認定請求書

令和 6年 月 日

高根沢町長 加藤 公博 様

申請者住所 高根沢町

氏 名 印

(患者との続柄)

保 護 者 (18歳未満の場合)	氏 名	男 女	患者との続柄
	住 所 ☎ ()		
特 定 疾 患 者	氏 名	男 女	生年月日 年 月 日
	住 所 高根沢町 ☎ ()		
	病 名	発病年月日 年 月 日	
	病状又は健康状態 1 良好 2 変化なし 3 悪化 4 他の病気を併発(病名) 5 その他()		
	医療機関名		入院 ・ 通院
	職 業	ふりがな 口座名義人	
金融機関	銀行 農協 信金	支店 ・ 口座番号	