

特定疾患患者見舞金受給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 安曇野市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ()

安曇野市特定疾患患者見舞金を受給したいので次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	安曇野市 電話番号 ()		
	氏 名	申請者との続柄 ()	生年 月 日	年 月 日
	令和7年11月1日において安曇野市に6ヵ月 以上住所を有していますか。		はい ・ いいえ	
振 込 先	金融機関名	銀行・信組 農協・金庫	口座種類	普通・当座
		支店・支所		
	フリガナ		口座番号	
	口座名義人			

添付書類

- 次のいずれかの写し
 - 特定疾患医療受給者証
 - ウイルス肝炎医療費受給者証
 - 小児慢性特定医療費医療受給者証
 - 特定医療費受給者証
 - 長野県特定疾病医療費受給者証
- 振込先の預金通帳の写し