受付印　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者

令和元年度歳末見舞金申請書

令和元年　　　月　　　日

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

ふりがな

　　住所　ふじみ野市

　　電話（自宅）　　　　　 　（　　　　）
電話（携帯）　　　　　 　（　　　　）

(代理人)

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　住所

 　電話

　　続柄

　私は、次の事項に該当いたしますので、歳末見舞金の申請を行います。

該当する番号に○をつけてください。

１－（１）　　指定難病医療受給者証所持者

（２）　　特定疾患医療受給者証所持者

（３）　　小児慢性特定疾病医療受給者証所持者

２　　　　　　精神障害者保健福祉手帳1級所持者

【添付資料】

　　　 該当する番号に○をつけてください。

　　　　　 １　　受給者証のコピー　　　　 ２　　手帳のコピー