

受付印

受付番号

受付者

平成 28 年度歳末見舞金申請書

平成 年 月 日

申請者

ふりがな	
氏名	印
住所	ふじみ野市
電話（自宅）	()
電話（携帯）	()

(代理人)

氏名	印
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) 指定疾患医療受給者証所持者
- (3) 特定疾患医療受給者証所持者
- (4) 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