

◆ 社協チェック欄

- 入院・入所の有無 (無・有の場合は期間を記入→ 平成29年 月 日～)
- 生活保護受給の有無 (無・有→ 有の場合は申請不可)

受付印	受付番号	受付者
-----	------	-----

平成 29 年度歳末見舞金申請書

平成 年 月 日

申請者

ふりがな
氏名 ㊞
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) 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