

様式第1号（第4条関係）

小児難病見舞金支給申請書

社会福祉法人彦根市社会福祉協議会

会長 磯谷 直一 様

申請者 住所

フリガナ
氏名

電話番号 ()

小児難病見舞金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

支給対象となる児童等

フリガナ 氏名	男・女 (年 月 日生まれ)
住所	彦根市
疾病名	医療機関名 ()
小児慢性特定疾病医療受給者証に記載の自己負担上限額	

見舞金の振込口座

金融機関名	
支店名	支店
預金種別・口座番号	普通 当座
フリガナ 口座名義	

添付書類 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し(表紙および見開きページ)

住民票の写し (世帯分で申請日から3ヶ月以内に発行されたもの)

振込口座の通帳の写し(表紙および表紙裏の見開きページ)