

# 記入例

## 柏市特定疾病療養者見舞金登録申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

柏市長 あて

申請者 住所 柏市柏五丁目10番1号  
 氏名 柏 太郎  
 登録者との続柄 ( 父 )  
 TEL 04 ( 7167 ) 1136

柏市特定疾病療養者見舞金の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象療養者	フリガナ	カシワ イチロウ	生年	〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	柏 一郎	月日		
	住所	柏市柏五丁目10番1号		電話04 ( 7167 ) 1136	
疾病名	悪性新生物				
フリガナ	カシワ タロウ	生年	〇〇年〇〇月〇〇日	対象療養者との続柄	父
世帯主名 (保護者)	柏 太郎	月日			
振込先	金融機関名	〇〇 銀行		〇〇 支店	
	口座番号	貯蓄 普通	1233456		
	(フリガナ) 口座名義	カシワ タロウ 柏 太郎			

### ※添付書類

有効期限内の千葉県特定医療費（指定難病）受給者証，特定疾患医療受給者票または柏市小児慢性特定疾病医療受給者証の写し