

様式第1号（第4条関係）

## 小児難病救済基金見舞金支給申請書

社会福祉法人彦根市社会福祉協議会

会長 圓城 治男 様

申請者 住所

フリガナ  
氏名

電話番号（ ）

小児難病救済基金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ヵ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)