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　　圓城　治男　　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）