様式第１号（第４条関係）

桐生市人工肛門・人工膀胱受術者見舞金受給申請書

年　　　月　　　日

（宛先）桐　生　市　長

　　　　　　　　　　　　１　身体障害者手帳(写)

見舞金を受給したいので、　　　　　　　　　　　　　を添えて申請いたします。

　　　　　　　　　　　　２　医師の診断書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①受術者 | フリガナ氏　　名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　 月　　 日 |
| 住　　所 | 桐生市　　　　 町　　 丁目　　　 番　　　 号番地 | 電話 |
| 疾 患 名 |  |
| 手術をした医療機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・医院・クリニック |
| 手術実施日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ②申請者又は保護者 | フリガナ氏　　名 |  | 続柄 |  | 生年月日 | 　　年　　 月　　 日 |
| 住　　所 | 桐生市　　　　 町　　 丁目　　　 番　　　 号番地 | 電話 |
| 振込先金融機関 | 銀　　行・信用金庫信用組合・農業協同組合 | 　　　　　　本店（所）　　　　　　支店（所） |
| 口　座　種　類 | 普通・当座・貯蓄 | 口　座　番　号 |  |
| フ　リ　ガ　ナ口　座　名　義 |  |

※受術者と申請者が同一人の場合は、②の記入は必要ありません。