

難病患者療養見舞金認定申請書

木更津市長 渡 辺 芳 邦 様						年 月 日	
申請者 (送付先)						住所	
氏 名						Ⓢ	
※自署により押印省略可							
次のとおり難病患者療養見舞金支給の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。							
難 病 患 者	ふりがな			性 別	申請者との続柄	生 年 月 日	
	氏 名			男・女		T・S・H・R 年 月 日	
	住 所	木更津市 TEL			ふりがな		
					世 帯 主		
	疾 患 名				現 在 の 入通院別	1 入院 2 通院	
	上記疾患の 初診年月日	年 月 日	医療機関の 名 称				
医 療 給 付	1.特定疾患 2.小児慢性特定疾患		1 受けていない 2 受けている 〔 受給番号 〕 3 申請中				
支 給 方 法	1 窓口払 2 口座振替払 _____銀行・金庫・農協・組合 _____支店 1普通 2当座 (ふりがな) 名義人_____ 口座番号 _____						
※ 事 務 処 理 欄	1 受給資格該当により難病患者療養見舞金支給認定することとしたい。 2 受給資格非該当により却下することとしたい。						
	決 裁 欄	課 長	係 長	係	担 当	提出年月日	
						年 月 日	
						決裁年月日	
						年 月 日	
	認定年月日	令和 年 月 日		支給開始年月日	令和 年 月 1 日		