

難病により 1 カ月に 20 日以上入院期間がある方は、病院で証明をもらい、期日までに提出してください。
(2 年経過すると請求出来なくなります。)

申請の際には①・②のご提示、あるいはコピーを提出してください。

①特定医療費(指定難病)受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証等

②登録口座のわかるもの(通帳・キャッシュカード等)

難病患者療養届出書

令和 年 月 日

木更津市長 渡辺 芳邦 様

受給者または 住所 木更津市
届出者(小児の場合は保護者) 氏名
電話 ()



難病患者療養見舞金の支給を受けたいので、次のとおり届出いたします。
なお、支給については、難病患者療養見舞金認定申請書に申し出た口座に振込を依頼します。

難病患者	ふりがな		性別	生年月日	届出者 との 続柄	
	氏名		男・女	T S H R . .		
	住所	木更津市				
療養の状況(疾患名) 必ず記入してください。						
第1期	令和 年 3 月	令和 年 4 月	令和 年 5 月	令和 年 6 月	令和 年 7 月	令和 年 8 月
入院	日から	日から	日から	日から	日から	日から
	日まで	日まで	日まで	日まで	日まで	日まで
ひと月 20 日以上入院があった場合に証明してください。通院は対象外です。						
上記のとおり証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関 所在地						
名称 印						
電話 (取扱者 印)						

市町村確認欄

受給者番号							
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						

支給決定額
円