

記載例

難病患者療養届出書

令和XX年XX月XX日

木更津市長 渡辺 芳邦 様

受給者または 住所 木更津市3-10-19
届出者(小児の 氏名 木更津 太郎 印
場合は保護者) 電話 (00)0000

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	きさらづ たろう 木更津 太郎	性別	生年月日	届出者 との 続柄	本人
	氏名		男・女	TS HR☆☆☆☆☆☆		
	住所	木更津市朝日3-10-19				
療養の状況(疾患名) ○○○○○病 ← 必ず記入してください。						
第1期	令和6年3月	令和6年4月	令和6年5月	令和6年6月	令和6年7月	令和6年8月
入院	2月25日から 3月19日まで	日から 日まで	日から 日まで	日から 日まで	10日から 31日まで	1日から 31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 千葉市中央区市場町1 名称 ○△病院 電話 123-456-7890 印 (取扱者 千葉 花子 印)						

太枠内は必ず医療機関が漏れなく記載してください。

○特定医療費(指定難病)受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は先天性血液凝固因子障害等受給者証を使用しての入院のみが対象です。(有効期間内のもの)

○入院のなかった月は欄に斜線を記入してください。

○継続して20日以上入院期間が、異なる月にわたった場合は、次のとおりご記入ください。

例:

5年3月
2月21日から 3月20日まで

5年8月
8月11日から 9月4日まで