第１号様式（第５条関係）

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

年　　月　　日

二本松市長

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

　二本松市特定疾患患者見舞金受給資格の認定について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 申請者と  の続柄 |  |
| 生年月日 |  | 性別 | 男・女 |
| 病名 | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療受給者証  所　 持　 者 | 受給者証番号 |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 人工透析患者 | 身体障害者  手帳番号 |  |
| 透析医療機関 |  |

添付書類

１　特定疾患患者であることを証明できるもの（特定疾患医療受給者証、特定医療費受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証、身体障害者手帳、医師の診断書等）

２　申請者が保護者である時は、保護者であることを証明できるもの

３　見舞金の支払を希望する金融機関の預金通帳等の写し