

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