

記入例

特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

原則として、**該当者**（受給者証・手帳をお持ちの方）を**申請者**（通帳の名義人）としてください。

該当者が18歳未満の場合、該当者の保護者を申請人としていただけます。

令和 3年10月 3日

住 所 二本松市金色403番地1

申請者 氏 名 二本松 太郎

電話番号 55-5113

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	二本松市金色403番地1		
	氏 名	二本松 太郎	申請者との続柄	本人
	生年月日	平成元年 1月 1日	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
病 名	慢性腎不全			

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	福島県 1111111
	透析医療機関	二本松病院

どちらか一方（慢性透析療法を受けている方のみ下段）の記載となります。