

会津若松市特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

平成 年 月 日

会津若松市長 菅家 一郎 様

申請人 住 所 会津若松市

氏 名

印

会津若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	ふりがな 氏 名		男 女	明大昭平	年 月 日生	勤務先 または 学校名	
	住 所	会津若松市				電 話	
保 護 者	ふりがな 氏 名		男 女	明大昭平	年 月 日生	続 柄	
	住 所	会津若松市				電 話	
病 名							
医 療 機 関	電話()	診 療 科 目					
		所 在 地					
特定疾患医療 受給者証番号	号	治療研究 承認期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	交 付 年月日	平成 年 月 日		
身体障害者手帳 番 号				交 付 年月日	平成 年 月 日		
遷延性意識障害 治療研究承認番号	号	治療研究 承認期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	交 付 年月日	平成 年 月 日		
小児慢性特定疾患 治療研究事業番号	号	認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	交 付 年月日	平成 年 月 日		
支払希望金融機関 名及び口座番号	金 融 機 関 名		口 座 番 号		普 通	氏 名	
					総 合		

添付書類

- 1 特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患により医療を受けている者は、特定疾患治療研究承認通知書、医師の診断書等
- 2 慢性腎不全により血液透析を受けている者は、身体障害者手帳、医師の診断書等
- 3 遷延性意識障害者は、遷延性意識障害治療研究承認通知書、医師の診断書等
- 4 小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患により医療を受けている者は、小児慢性特定疾患治療研究事業認定書、医師の診断書等
- 5 申請者が保護者であるときは、保護者であることを証明できるもの

受付年月日	認定年月日	認定番号