

会津若松市特定疾患患者見舞金受給資格認定申請書

年 月 日

会津若松市長 あて

申請人 住 所

氏 名



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	年 月 日生	勤務先 または 学校名	
	住 所				電 話	
保 護 者	ふりがな 氏 名		男 女	年 月 日生	続 柄	
	住 所				電 話	
病 名						
医 療 機 関	電話 ( )		診療科目			
			所在地			
特定医療費 受給者証番号		承認 期間	年 月 日～ 年 月 日	交 付 年月日	年 月 日	
身体障害者 手帳番号				交 付 年月日	年 月 日	
遷延性意識障がい 者治療研究事業 承認番号		承認 期間	年 月 日～ 年 月 日	交 付 年月日	年 月 日	
小児慢性特定疾病 医療受給者証番号		承認 期間	年 月 日～ 年 月 日	交 付 年月日	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 ・ 総合	口座名義人

添付書類 1 難病に対する医療等に関する法律に定める疾患により医療を受けている者は、特定医療受給者証、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、身体障がい者手帳、医師の診断書等

3 遷延性意識障がい者は、遷延性意識障がい者治療研究事業承認通知書、医師の診断書等

4 児童福祉法に定める疾患により医療を受けている者は、小児慢性特定疾病医療受給者証、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