

第1号様式（第2条関係）

指定難病患者等見舞金支給に関する届出書

年 月 日

いわき市長 様

住 所

届 出 者 氏 名
(本人又は保護者)

電話番号

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。
2 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

受 付 番 号

患者氏名			届出者との続柄	
生年月日	年	月	日	性 別 □男 □女
住 所				
病 名				
特定医療費受給者の状況	受給者証の記号番号			
	受給者証の有効期間	年	月	日から 日まで
	交付年月日	年	月	日
受療機関及び医療機関名				
振込希望金融機関名	名義人	指定口座 □普通 □当座	口座番号	
	銀行等名		支店等名	
添付書類	<p>1 難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第1項に規定する支給認定を受けた者又は児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定を受けた者は、特定医療費受給者証の写し又は小児慢性特定医療費受給者証の写し</p> <p>2 国の特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患により受療中の者は、特定疾患医療受給者証の写し（生活保護受給者にあつては、医療要否意見書の写し）</p> <p>3 腎臓機能障害による慢性透析療法を受けている者は、特定疾病療養受療証の写し（生活保護受給者にあつては、自立支援医療受給者証の写し）</p>			
住民となった年月日	年 月 日			

年 月 日 受付					支給認定番号
所 長	次 長	係 長	係 員	年 月 日 決裁	