

記入例 ※8/1時点の住所地の地区保健福祉センターへ提出 又は 郵送してください。

指定難病患者等見舞金支給に関する届出書

令和 7 年 ● 月 ● 日

いわき市長 様

①申請時の住所

住 所 いわき市平字梅本 2 1

届 出 者 氏 名 磐城 太郎
(本人又は保護者)

電話番号 22-1111

②R 7. 8. 1 時点の住所

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 L 印を付けてください。

受 付 番 号

患 者 氏 名	磐城 太郎	届出者との続柄	本人
生 年 月 日	昭和 60 年 1 月 1 日	性 別	■男 □女
住 所	いわき市平字梅本 2 1		
病 名	■■■■■		
特 定 医 療 費 受 給 者 証 状 受 給 等 状	受 給 者 証 の 記 号 番 号	1 2 3 4 5 6 7	
	受 給 者 証 の 有 効 期 間	令和 6 年 6 月 ● 日から 令和 7 年 12 月 ■ 日まで	
	交 付 年 月 日	令和 6 年 6 月 ▲ 日	
受 療 医 療 関 係 機 関 名	いわき市医療センター いわき市内郷御厩町久世原 1 6		
振 込 希 望 金 融 機 関 名	名義人 イワキ タロウ	指定口座 ■普通 □当座	口座番号 1 2 3 4 5 6
	銀行等名 東邦銀行 支店等名 いわき市役所支店		
添 付 書 類	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 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） 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）		
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	