

申請書記入例

特定疾患等患者見舞金受給資格認定申請書

○患者が 18 歳以上の場合：患者本人が申請者となります。
○患者が 18 歳未満の場合：患者本人または保護者が申請者となります。
「申請者」と「口座名義人」は同一にしてください。

○年○月○日

住 所 相馬市中村字北町 63 番地の 3

申請者 氏 名 相馬 太郎（続柄 本人）

電 話 〇〇〇〇〇〇

特定疾患等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。

患 者	氏 名	ソウマ タロウ 相馬 太郎		生年月日	○年○月○日生	
	住 所	相馬市中村字北町 63 番地の 3				
病 名	〇〇〇〇〇〇病		受療医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院		
確 認 事 項 (該当する 項目に☑し てくださ い。)	基準日（令和 8 年 8 月 1 日）において (1) 申請者について（申請者が保護者である場合のみ）※ 1 ☐ 申請者は、上記患者を現に監護（養育）している。 (2) 疾患について ※ 2 ☐ 特定疾患治療研究事業に定める疾患に（特定疾患医療受給者証等） ☐ 小児慢性特定疾病により治療を受けている。（小児慢性特定疾病医療受給者証等） ☐ じん臓機能障害のため慢性透析療法を受けている。（身体障害者手帳・特定疾病療養受療証） ☐ 指定難病により治療を受けている。（指定難病医療費受給者証等） ☐ 先天性血液凝固因子欠乏症や血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症により治療を受けている。（先天性血液凝固因子障害等医療受給者証等） ☐ 遷延性意識障害により治療を受けている。（診断書）					
	○患者が 18 歳未満で、申請者が保護者の場合（保護者の口座に振込する場合）に確認が必要です。					
支払金融機 関名・口座 ※ 3	金 融 機 関 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カ ナ)	
	〇〇〇〇 銀行・農協 信組・漁協 信金・労金	〇〇〇〇 本店 支店	普通	〇 〇 〇 〇 〇 〇	ソウマ タロウ	

該当するいずれかひとつに、
チェックしてください。

※ 1 申請者が保護者である場合、必要な書類の提出を求めることがあります。
※ 2 受療中であることを証明する書類を添付してください。
※ 3 通帳の写しを添付してください。