

特定疾患等患者見舞金受給資格認定申請書

年 月 日

相 馬 市 長

申請者 住 所
氏 名 (続柄)
電 話

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	☐ 申請者に同じ		生年月日	年 月 日生
	住 所	☐ 申請者に同じ			
病 名		受療医療機関名			
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より治療を受けている。 (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)				
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)
	銀 行 ・ 農 協 信 組 ・ 漁 協 信 金 ・ 労 金	本 店 支 店	普通		

※ 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。