

様式第 1 号（第 2 条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄（ _____ ）

電話番号 _____

指 定 難 病 患 者 医 療 福 祉 助 成 金 支 給 申 請 書

指定難病患者医療福祉助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	氏 名					
	住 所	〒				
疾 患 名						
身体障害者手帳の有無		1 有（ 県 第 号、 年 月 日交付、 種 級） 2 無 3 申請中				
㊦受給の有無		1 該当（記号番号 _____） 2 非該当				
医療機関名						
医療費支払額 （実績）	支払年月	領収書金額	※市記入欄	支給内訳	支給決定額	
	年 月	円		円	円	
	年 月	円		円		
	年 月	円		円		
	年 月	円		円		
	年 月	円		円		
	年 月	円		円		

添付書類

- 1 指定難病特定医療費受給者証の写し
- 2 医療費の領収書
- 3 その他市長が必要と認める書類