

様式第 1 号（第 6 条関係）

我孫子市特定疾病療養者援助金支給申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者 住所

氏名

㊞

次のとおり、我孫子市特定疾病療養者援助金の支給を申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		申請者からみた続柄	
	病名		電話番号	
	住所			
	添付する受給者証の種類及び階層区分等（該当するものに○を付けてください。特定疾患医療受給者証の場合は受給者証の適用区分も記載してください。）	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証（低Ⅰ） <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証（低Ⅱ） <input type="checkbox"/> 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証（低Ⅰ） <input type="checkbox"/> 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証（低Ⅱ） <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証（適用区分_____）		
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	支店
	預金の種別	普通（総合）・当座	口座番号	
	名義人（カタカナ）			

※ 次のいずれかの書類を添付してください。（支給の可否を決定するために、

1 から 3 までに記載のもの以外の書類の添付を求める場合があります。）

- 1 特定医療費（指定難病）受給者証の写し
- 2 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 3 特定疾患医療受給者証の写し及び医療保険の所得区分確認同意書（様式第 2 号）

同意書

私は、我孫子市特定疾病療養者援助金の支給決定に当たり、対象者の住民基本台帳（当該年度の 1 月 1 日現在）を市職員が確認することに同意します。
我孫子市長あて

申請者

㊞