

様式第1号

鶴居村難病患者等通院費助成認定申請書

令和 年 月 日

鶴居村長 大石 正行 様

申請者 住所

氏名 ⑩

続柄 ()

鶴居村難病患者等通院費助成の認定を受けたいので申請します。

なお、助成要件確認のため、住民基本台帳等の閲覧について同意します。

難病患者	住所	鶴居村 Tel () -		
	氏名		男・女	年 月 日生
	患者区分	<input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病患者 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障がい者 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎・橋本病患者		
	病名			
	医療機関名1		通院回数	回/年・月・週
	医療機関名2		通院回数	回/年・月・週
保護者	氏名		男・女	年 月 日生
	続柄			

※この申請に、患者区分に応じて以下の書類を添えること。

○難病患者・小児慢性特定疾病患者

・特定医療費受給者証 又は 小児慢性特定疾病医療受給者証 の写し

○腎臓機能障がい者

・身体障がい者手帳 又は 自立支援医療（更生医療）受給者証 の写し

○ウイルス性肝炎・橋本病

・ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療受給者証 の写し