

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

石岡市長 あて

申請者 住 所
氏 名 印

難病患者福祉見舞金支給認定申請書

石岡市難病患者福祉見舞金支給要綱第6条の規定により難病患者福祉見舞金の支給の認定を受けたいので、下記により申請します。

記

難病患者	氏 名		年 月 日生	
	住 所		電 話 番 号	
	疾 患 名		受給者証等 番 号	号
保 護 者	氏 名		年 月 日生	
	住 所		患 者 と の 続 柄	

添付書類

- 1 指定難病特定医療費受給者証（写し）又は当該疾病について継続して治療を要することを証する医師の診断書
- 2 申請者が保護者のときは、保護者であることを証明できるもの
- 3 その他市長が必要と認める書類