

平成 年 月 日

(宛先) 野田市長

申請者 住所

氏名

野田市難病患者援助金支給申請書

難病患者援助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

難病患者	住所	野田市	生年月日	年 月 日
	ふりがな 氏名		電話番号	
保護者	住所		続柄	
	ふりがな 氏名		電話番号	
現在の状況	疾患名			
	医療機関名			
	医療機関所在地			
	添付する書類に○を付けてください	特定医療費(指定難病)受給者証の写し		
		千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し		
特定疾患医療受給者証の写し				
診断書(人工透析を必要とする慢性腎不全、ネフローゼ症候群又は突発性難聴の場合に限る。)				
金融機関名	銀行 信用金庫 労働金庫 農業協同組合	(支店名)	支店	
口座番号	普通 当座			
ふりがな				
口座名義人				