

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者
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		生年月日	年 月 日
	ふりがな		電話番号	
	氏 名			
保護者	住 所		続 柄	
	ふりがな		電話番号	
	氏 名			
疾 患 名				
医療機関名				
添 付 書 類 (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			
	難病疾患の名称及び医師が難病疾患と認めた日を記載した医師の診断書（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			支 店 名	
種 別	普通 当座		口座番号	
ふ り が な 口座名義人				
※市記入欄				