

年 月 日

(宛先) 野田市長

様

住所

受給者

氏名

野田市難病患者援助金受給者現況届

年度において、野田市難病患者援助金支給要綱第2条第1号に規定する難病疾患に該当し、現に治療中のため、難病患者援助金の支給を継続して受けたいので、関係書類を添えて届け出ます。

1 変更内容を右の太枠欄に記入してください。

	昨年までの状況			現在の状況 (変更箇所のみ記入)		
	難病患者について	住所			住所	
氏名				氏名		
電話番号				電話番号		
疾患名						
保護者について	住所			住所		
	氏名			氏名		
	電話番号		続柄		電話番号	続柄

2 次に掲げるいずれかの書類を添付、又は医師の証明を受けて、年 月 日までに提出してください。医師の証明は難病の治療を受けていることが確認できる書類の写しで代えることができます。

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
<p>医師の証明</p> <p>上記の難病患者は、次の難病疾患により医師の治療を受けています。</p> <p>※該当する疾患の名称に○を付けてください。</p> <p>人工透析を必要とする慢性腎不全 ・ ネフローゼ症候群 ・ 突発性難聴</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p>