

第 号
年 月 日

様

野田市長 ⑩

野田市難病患者援助金支給決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました難病患者援助金の支給について、次のとおり決定（却下）したので野田市難病患者援助金支給要綱第6条の規定により通知します。

1 決定

難病患者	氏名
	住所
支給開始年月	年 月から
援助金の額	年額36,000円
	※援助金の支給が開始となる年度の援助金の額は、受給資格者の要件を満たす月数に3,000円を乗じた額となります。
支給時期	毎年度6月

2 却下（理由）

注 次の理由が生じたときは、速やかに届け出てください。

- (1) 難病患者又は保護者の住所を変更したとき。
- (2) 難病患者が特定医療費(指定難病)受給者証、千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは特定疾患医療受給者証を所持しなくなったとき又は医師による治療の必要がなくなったとき。
- (3) 難病患者が死亡したとき。
- (4) 保護者が変更になったとき。
- (5) 振込口座を変更したとき。