

美郷町小児慢性特定疾病通院費助成認定申請書

令和 年 月 日

美郷町長 様

住所

氏名

印

TEL

小児慢性特定疾病通院費助成の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者 氏名	(フリガナ)	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日		
	住 所				
医療機関名					
所在地					
通院区間		～ km	同左1回片道の料金	円	
金融機関名			口座名義 口座番号		

決裁	課長	課長補佐	リーダー		担当	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決定	年 月 日
						通知	年 月 日
受給資格適否		住民登録 有・無 添付書類①小児慢性特定疾病医療受給者証の写し ②医師の診断書の写し					確認者
適・否		拒否の場合 (理由)					

(注) 1 この申請書を提出するときは、小児慢性特定疾病医療受給者の写し、又は医師の診断書のいずれかを添付してください。