

様式第1号(第2条関係)

敦賀市特定疾患特別見舞金支給申請書

年 月 日

敦賀市長

住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

敦賀市特定疾患特別見舞金支給条例による見舞金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日	年 齡	歳
指 定 難 病 名				
治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 現在治療中			
	うち申請日から過去1年間の入院期間			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
医 療 機 関 名				
特定医療費(指定難病) 受給者証交付		有 ・ 無		

添付書類 特定疾患(指定難病)治療状況証明書

※2回目以降の申請をする場合は、特定医療費(指定難病)受給者証(写し)並びに入院治療に係る疾患名及び入院期間を証明する書類に替えることができます。