

第1号様式（第4条関係）

富士市指定難病患者、特定疾患患者、先天性血液凝固因子障害等患者及び小児慢性特定疾病児童等療養扶助費支給申請書（一律支給分）

富士市認定番号	認 第	号	氏 名	
				年 月 日

（宛先）富士市長

住 所
氏 名
申 請 者
患者との続柄
電話番号

富士市指定難病患者、特定疾患患者、先天性血液凝固因子障害等患者及び小児慢性特定疾病児童等療養扶助費の支給を受けたいので申請します。

患 者 等	ふりがな		住 所	富士市	
	氏 名		電話番号		
	生年月日	年 月 日	指定難病等		
保護者氏名		保護者住所			
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 労働金庫 支店			
	口座番号	名義人	本人 保護者 又は代理人()		
受給者証の 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	受給者証の 受給者番号			
※事務処理欄					
指定難病等					
医療機関		支払金額	10,000円		

（注）

- 1 指定難病等欄には、受給者証に記載された指定難病、特定疾患又は小児慢性特定疾病を記入すること。
- 2 保護者氏名欄及び保護者住所欄には、患者等が18歳未満の場合に記入すること。