様式第1号(第5条関係)

特定疾患等通院費支給認定申請書

年　　月　　日

　　東御市長

申請者　住所　〒　　―

氏名

電話番号

　下記のとおり、特定疾患等通院費の支給の認定を申請します。

記

1　通院(通所)者

　　　氏名(フリガナ)　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　)

2　生年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

3　通院(通所)の目的(疾患名等)

4　医療機関名(作業所名)

5　予定回数　　　1月　　　　　　回

6　通院手段(該当箇所に○印)　　自家用車　電車　バス　その他(　　　　)

7　1回の通院費(車の場合、往復の距離数km)　　　　　　円(　　　　km)

8　添付書類

　　特定疾患の方は、「特定疾患医療受給者証」の写し。

　　その他