

記入例

申請日  
(令和5年9月1日から9月30日までの期間)

吹田市難病患者等給付金支給申請書及び口座振替依頼書

年 月 日

吹田市長宛

(申請者)

住所	吹田市泉町1-3-40
氏名	吹田 二郎
対象者本人との続柄(本人)	( )



2箇所を押印して下さい(スタンプ印不可)。



次のとおり、難病患者等給付金の支給を申請しますので、下記のとおり対象者へ口座振替により支払ってください。については、この申請に係る審査のために、市職員が下記の対象者の課税内容を調査することについて同意します。

対象者	フリガナ	スイタ ジロウ	電話	06 - ×××× - △△△△
	氏名	吹田 二郎	FAX	※無ければ空白で結構です。
	生年月日	昭和55年7月10日		
	住所	吹田市泉町1-3-40		
	疾病名	潰瘍性大腸炎		

1 難病の患者に対する医療受給者証の交付 『特定医療費(指定難病)受給者証』をお持ちの方はこちら

2 大阪府特定疾患医療受給者証 『特定疾患医療受給者証』をお持ちの方はこちら

医療機関の証明がある。

申請理由  
(いずれか該当する番号を○で囲んでください。)

9月1日現在、下記の疾病に罹患していることを証明する。

年 月 日 9月中の日付

疾病名

所在地 国が指定する指定難病名で証明をもらってください。

名称

氏名

1又は2の医療受給者証の交付を受けていない方は、指定難病又は特定疾患に罹患している旨の医療機関による証明が必要です。

罹患している本人名義の口座を記入して下さい。

振込先	金融機関名	〇〇〇〇 銀行	△△△ 支店	預金種別	普通 当座
	口座番号	1234567	フリガナ	スイタ ジロウ	
			口座名義	吹田 二郎	

1 提示書類  
特定医療費(指定難病)受給者証又は特定疾患医療受給者証

2 提出書類(口座名義が対象者と異なる場合)  
住民票等(同居の配偶者、直系親族、兄弟姉妹であることが分かるもの)  
(注) 口座名義を対象者以外の名義とできるのは、対象者が口座を作ることができない場合のみとなります。