

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

氏名

印

対象者本人との続柄()

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。
 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		電話	-	-
	氏 名		FAX	-	-
	生年月日	年 月 日			
	住 所				
	疾 病 名				
申 請 理 由 (いずれか該当する番号を○で囲んでください。)	1	難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第4項に規定する医療受給者証の交付を受けている。			
	2	大阪府特定疾患医療援助事業実施要綱第8項に規定する特定疾患医療受給者証の交付を受けている。			
	3	証 明 欄	医療機関の証明がある。 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 疾 病 名 所 在 地 名 称 氏 名		
振 込 先	金融機関名	銀行	支店	預金種別	普通・当座
	口 座 番 号		フリガナ 口座名義		

捨印

- 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
- 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。