

様式第2号(第6条関係)

南越前町指定難病特別見舞金支給申請書

令和 年 月 日

南越前町長 殿

申請者 住所
氏名

下記のとおり入院、通院治療を受けたので、特別見舞金の支給を申請します。

(初回・継続)

受給者	氏名		性別	
	住所	南越前町	TEL	—
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生		
治療期間	年 月 日から 現在治療中			

※初回申請の方は、指定難病治療状況証明書を必ず提出してください。

※添付書類：医療受給者証の写し

(小児慢性特定疾患は対象外です。)