

難病患者見舞金・交通費支給申請書

みよし市長 様

次のとおり難病患者見舞金・交通費を支給して下さい。

受給資格者	住所			
	氏名			
	患者との続柄			
患者の状況	病名		医療機関名	
	発病年月日			
交通費	☐ 申請します ☐ 辞退します（交通費辞退の場合、通院回数、通院方法の記載は不要）			
通院回数	1 か月 回			
通院方法	☐ 自家用車 ☐ 公共交通機関 ☐ その他（ ） ☐ 医療機関による送迎（無料） ※実費負担が発生していない場合、交通費は支給できません。			
支払希望金融機関	金融機関名	銀行（ ）		本店支店
	(フリガナ) 口座名義人		預金種別	普通 当座
			口座番号	
委任状	この見舞金・交通費の受給に関する権限を氏名に委任します。			
	請求者			

- 1 医師の診断書又は公的機関の発行する書類で疾病を確認できる書類
- 2 難病患者通院証明書(現況届の場合は通院回数を確認できる書類で可)
- 3 受給しようとする本人以外が申請する場合は、当該本人に係る本人確認書類の写し