

## 特定医療費医療受給証明申請書

神奈川県がん・疾病対策課長 殿

令和 年 月 日

申請者 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

特定医療費受給に関する証明を次のとおり申請します。

患者	フリガナ 氏名		受給者番号	
	生年月日	年 月 日	疾患名	
	住所			
証明内容		特定医療費（指定難病）受給者証の初回交付分の有効期間開始日		
証明を希望する理由				