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 | |  | | |