（様式第１号）

小児慢性特定疾病医療意見書等助成申請書

年　　　月　　　日

（宛先）旭川市長

申請者　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

小児慢性特定疾病医療意見書等について助成を受けたいので，次のとおり申請します。

助成額の算定にあたり必要があるときは，医療意見書等の内容に関する情報を旭川市が

調査し，医療機関に報告を求めることに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名  □申請者と同じ |  |
| 住所  □申請者と同じ | 〒　　　　　－  旭川市 |
| 受給者番号  (お持ちの場合) |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 ・ 信金 ・農協 ・信組　　　　　　本店 ・ 支店 |
| 口座種別 | 普通　 ・　 当座 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  |

（添付書類）

□ 医療機関から交付された領収書等の写し

□ 医療意見書等の写し（医療費支給認定申請で提出済の場合は不要）

　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）