

別記様式第1号（第5条関係）

高山市難病療養者通院助成申請書

年 月 日

（あて先）高山市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

（対象者との続柄）

高山市難病療養者通院助成金の助成を受けたいので、高山市難病療養者通院助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

記

(ふりがな) 対象者氏名														
住 所		高山市						番地						
生 年 月 日		年			月			日						
難 病 名														
指定 医療 機関 等	名 称													
	所 在 地													
	電 話 番 号	( )												
通院月回数 (回数を記載)		4月		5月		6月		7月		8月		9月		計 回
		10月		11月		12月		1月		2月		3月		
助成申請額		4,500円 × 回 = 円 ※月4回を限度とする												

【添付書類】

- ・ 特定医療費（指定難病）医療受給者証等又は難病であることを証明する医師の診断書等
- ・ 難病で通院したことが確認できる書類（指定医療機関等が発行する領収書等）