

第3号様式（第4条）

特定疾患見舞金療養状況届

年 月 日

(あて先) 印西市長

住 所

(申請者) 氏 名
電話番号
療養者との続柄

ふりがな		生年月日	年 月 日
療養者氏名		年齢	(歳)
特 定 疾 患 名			

※ 医療機関記載事項（下記は医療機関が記入しますので、申請者は記入しないでください。）

・上記の特定疾患によりかかる治療日数を入院・通院別にご記入ください。

該当月	入院治療日数	該当無し の場合 Ⓜ	通院治療日数	該当無し の場合 Ⓜ
月		無		無
月		無		無
月		無		無
月		無		無
月		無		無
月		無		無

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関 住所
名称
医師名 ⑩
電話番号