

特定疾病療養補助金支給認定申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

〒659-

住 所

フリガナ

氏 名

患 者 名

生年月日 太・昭・平・令 年 月 日

芦屋市に住所を定めた日

太・昭・平・令 年 月 日

電話番号 () -

芦屋市特定疾病療養補助金支給条例施行規則第3条（受給資格認定）により申請します。

医 療 機 関 証 明 欄				
入 院	1	肺 線 維 症	5	慢 性 腎 炎
	2	特 発 性 心 筋 症	6	慢 性 膝 炎
	3	免 疫 不 全 症 候 群	7	難 治 性 の 肝 硬 変
	4	メ ニ エ ル 病	8	肝 炎 の う ち 慢 性 肝 炎
通 院	1	突 発 性 難 聴	※該当の疾病番号を○で囲んでください。 令和 年 月 日現在	
	2	ネ フ ロ ー ゼ 症 候 群		
	3	悪 性 腎 硬 化 症		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関

名 称