特定疾病 療養受領証交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証番号	奈13 －		
	世帯主氏名		生年月日	年　月　日
	個人番号			
	認定対象者の氏名		生年月日	年　月　日
	個人番号			
	住所	奈良県生駒郡平群町		
	世帯主との続柄			
	疾病名	1.　血友病 2.　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　月　日 医療機関の　名称 所在地 医師名　㊞

この申請に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、上記のとおり申請致します。

年　月　日

住　所

世帯主　氏　名

連絡先　（　　）

平群町長様

役場記入欄	・世帯主	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票
	・認定対象者	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票