

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。

Table with columns for hospital type (入院, 通院) and medical conditions (1-8). Includes a note: ※該当の疾病番号を○で囲んでください。令和 年 月 日現在

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 (印)