

様式第1号

特 定 疾 患 闘 病 者 激 励 金 支 給 申 請 書				
特定疾患 闘病者氏名		男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所	和気町 番地			
電話番号				
和気町に住所を有した年月日				
昭和・平成・令和 年 月 日 居住期間 年				
発病（認定）年月日				
昭和・平成・令和 年 月 日				
上記のとおり激励金の支給を申請します。				
令和 年 月 日				
和 気 町 長 様				
申請者氏名 ⑩				
<p>※条例第2条該当証明書</p> <p>1 上記の者は岡山県特定疾患治療研究事業実施要綱により</p> <p>イ 特定疾患治療研究事業</p> <p>ロ 小児慢性特定疾患治療研究事業の認定を受けている</p> <p>2 腎不全等により人工透析を週1回以上受けている</p> <p>上記を証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医師又は 保 健 所 ⑩</p>				

