

松戸市難病者援護金入院届出書

令和 年 月 日

(宛先) 松戸市長

届出者
住所 _____
氏名 _____
電話 _____

援護金の支給を受けている難病に係る入院状況について次のとおり届けます。

記

指定難病での月20日以上入院が対象です。
※支給停止及び生活保護受給期間中は対象外

《療養者情報》

氏名	生年月日	難病者援護金受給者番号
	T・S・H・R 年 月 日	

《入院情報》

◆医療機関証明欄◆

※この欄は療養者本人で記入しないでください。

入院日数証明書

療養者名	指定難病名等
上記の指定難病等による入院療養日数	
平成・令和 年 月 = 入院 日	平成・令和 年 月 = 入院 日
平成・令和 年 月 = 入院 日	平成・令和 年 月 = 入院 日
平成・令和 年 月 = 入院 日	平成・令和 年 月 = 入院 日
平成・令和 年 月 = 入院 日	平成・令和 年 月 = 入院 日
平成・令和 年 月 = 入院 日	平成・令和 年 月 = 入院 日
平成・令和 年 月 = 入院 日	平成・令和 年 月 = 入院 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名称 _____
所在地 _____
代表者氏名 _____ (印)
電話番号 () _____

【入院日数証明書の取得をしない場合】※以下は医療機関に証明書を記入してもらった場合は不要。

下記の表に入院期間を記入し、チェックした証明書類を添付の上、提出してください。

月に20日以上入院があった期間	証明書類 (添付するものにチェック)
年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院時領収書のコピー
年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 退院証明書 ※入院期間のわかるものに限る
年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 医療費領収証明書 ※入院期間のわかるものに限る
年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> その他 ()