

助成資格認定申請書（新規・継続）

認定特定非営利活動法人IDDMMネットワーク
理事長 井上龍夫様

1型糖尿病医療費助成に係る資格認定を申請します。

申請者	フリガナ 氏名	原則として患者本人からの申請としますが、特段の事情がある場合は、下記の「備考」に記入してください。	受診者 との 続柄		
	住所	〒			
	電話	e-mail			
助成対象者	フリガナ 氏名			生年 月日	
	住所	〒			
	電話	e-mail			
	被保険者証				
	発行機関名		記号番号		
備考（療養の状況等、特記事項があれば記入してください。）					
添付書類 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病であることを証する書類 <input type="checkbox"/> 保険証の写し <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 <input type="checkbox"/> その他()					

※お預かりした個人情報は、法令等の規定による場合を除き、第三者へ提供することはありません。

助成金交付申請書

認定特定非営利活動法人 I D D M ネットワーク
理事長 井上 龍夫 様

1型糖尿病医療費助成金の交付を申請します。

資格 認定 者	認定番号		
	フリガナ 氏名		
	住所	〒	
		電話	e-mail
交付申請額	※交付申請額は、添付した医療費領収書の金額（ <u>1型糖尿病の治療に要する医療費に限る。</u> ）から実施要領4の自己負担上限月額を差し引いた額です。複数月分をまとめて申請する場合は、受診した月ごとに計算してください。		
振 込 口 座	銀行・支店名		
	口座種別・番号		
	フリガナ 口座名義	原則として本人名義の口座としますが、特段の事情がある場合は、下記の「備考」に記入してください。	
備考（療養の状況等、特記事項があれば記入してください。）			
添付書類 <input type="checkbox"/> 医療費領収書（写）及び診療明細書（写） 通 ※ <u>1型糖尿病の治療に要する医療費のみが助成対象となります</u> ので、診療明細書（写）には、その箇所を着色する等して、助成対象医療費がわかるようにしてください。			

※お預かりした個人情報は、法令等の規定による場合を除き、第三者へ提供することはありません。