

様式第1号（第4条関係）

八幡浜市糖尿病性腎症重症化予防治療費助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

八幡浜市長 様

申請者氏名

印

八幡浜市糖尿病性腎症重症化予防治療費助成金交付要綱第4条に基づき、関係書類を添えて、次のとおり糖尿病性腎症重症化予防治療費の助成を申請します。

フリガナ			生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
氏名							
住所	〒 電話 ()						
病名							
加入医療保険	被保険者氏名			申請者 との続柄			
	保険の種別	国保（一・退）・協会・組健 共済・船保・組国・後期高齢		記号・番号			
	保険者名			保険者 番号			
	資格取得年月日			付加給付の 有・無	有・無		
振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所		
	フリガナ			預金種別	当座 普通		
	口座名義人			口座番号			
同意書	<ul style="list-style-type: none"> ・上記申請に係る審査のために、住民基本台帳等の閲覧を行うことに同意します。 ・医師が証明する「糖尿病性腎症重症化予防治療証明書」の確認や治療方針等について、担当医師への照会及び情報提供することに同意します。 ・台帳を作成し、市で管理することに同意します。 年 月 日 <p style="text-align: right;">氏名 印</p>						
申請受理 年月日	年 月 日	交付・不交付 決定年月日	年 月 日	受給者番号			

※注 太枠の中をご記入ください

（添付書類）・「糖尿病性腎症重症化予防治療証明書」（様式第2号）

- ・加入医療保険証
- ・申請者名義の金融機関の口座番号がわかるもの