

# 特定疾患治療研究費支給申請書

和歌山県知事 様

申請者 住所

氏名

受給者との続柄（ ）

受給者住所			
受給者氏名			
公費負担者番号		受給者番号	
有効期間	年 月 日	～	年 月 日

<u>医療機関等証明欄（ 年 月分）</u>		※ 特定疾患治療分のみ記載
		入院 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(医療保険)入院分	負担割合	
点	割	
上記のとおり証明します。		
年 月 日		
[ 医療機関等 ] 所在地		
名称		
代表者氏名		

- (注) 1 証明欄は、医療機関で記入してもらってください。  
2 領収書添付の上、住所地の保健所へ提出願います。