

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

年 月 日

撰 津 市 長 様

申請者 住所 撰津市 _____
(世帯主) 氏名 _____
電話 _____

下記のとおり申請します。

記

認定対象者氏名	生年月日	被保険者 記号・番号
	年 月 日	撰国
個人番号	疾病の名称	
	別紙添付意見書のとおり	

下欄は記入しないで下さい。

決 裁 欄					起案日	年 月 日
課長	課長代理	係長	係員	受付	決裁日	年 月 日
					処 理 欄	1.認 定
						2.不認定 理由
管理事項						

(確認者:)