

指定難病及び特定疾患見舞金のお知らせ

碧 南 市

指定難病及び特定疾患に関して愛知県の特定医療費受給者証又は特定疾患医療給付事業受給者票を所持し、現在治療を受けている人に見舞金を支給しますので、下記要領により申請手続きをしてください。

記

1 担当課

碧南市役所 福祉課（碧南市役所1階²番窓口）

電話 95-9884（直通）

2 対象者

毎年度10月1日（基準日）において、碧南市に6ヶ月以上住所（住民登録）があり、かつ、愛知県の特定医療費受給者証又は特定疾患医療給付事業受給者票を所持している方

3 申請に必要なもの

- （1）碧南市指定難病及び特定疾患見舞金支給申請書（裏面のもの。市役所にもあります。）
- （2）特定医療費受給者証又は特定疾患医療給付事業受給者票の写し

※有効期限が令和6年10月1日を含むものをお持ちください。

- （3）本人名義の預金通帳など振込先のわかるもの

4 支給額

5,000円/年

※お1人につき、年1回のみでの支給となります。

5 申請時期

令和6年10月1日から令和7年3月31日まで

※申請時期に見舞金の支給申請をされない場合、その年度の見舞金の支給はされませんのでご注意ください。

6 支払予定月

12月下旬（12月以降に手続きした場合は原則支給決定の翌月となります。）

7 その他

- （1）支給は口座振込みです。**申請は毎年度必要です。**
- （2）郵送による手続きをご希望の場合は、碧南市役所福祉課までお問い合わせください。

指定難病及び特定疾患見舞金支給申請書



碧 南 市 長 殿

令和 年 月 日

指定難病及び特定疾患見舞金の支給を受けたいので下記のとおり申請します。

受給資格者	住 所 〒447-		
	碧南市	町	丁目 番地
	電話番号	-	-
	ふりがな.....	生年月日	
	氏 名	T・S・H・R	年 月 日生
特定医療費受給者証	受給者番号		
振込口座 ※受給資格者本人のものに限ります。	銀行		本店
	信用金庫		支店
	信用組合		出張所
	普通・当座	口座番号	
添付書類	特定疾患医療給付事業受給者票の写し又は 特定医療費受給者証の写し（令和6年10月1日を含む証）		

- 確認事項 令和6年4月1日現在、碧南市在住です。
 今年度の申請は初めてです。（お一人様、年1回限りです。）

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 受給資格者本人 <input type="checkbox"/> 受給資格者本人以外（下記の欄に記入）		
氏 名		続 柄	
住 所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ		
	電話番号	-	-

※ 裏面のご案内を参考の上、ご申請ください。