

大阪市長 様

証 明 願

申 請 者 _____

申請者住所 _____

電 話 番 号 _____

受給者からみた続柄 _____

*申請は本人もしくは現在の医療受給者証申請者に限ります。

【特定医療費（指定難病）】の受給に関し、償還された金額の証明をお願いします。

下記1～7すべてを記載してください。

1 受給者住所

2 受給者氏名

3 生 年 月 日

4 受給者番号

5 病 名

6 受給者証の交付年月日 令和 年 月 日

7 理 由

* 返信用封筒（申請者の住所氏名記載）に切手を貼って同封してください。

書留・特定記録等での郵送をご希望の方は郵送方法に○をし、追加の切手を貼ってください。

簡易書留 ・ 特定記録 ・ その他（ ）
メール便のご利用はできません。

* 原則、申請者以外には送付できません。申請者及び申請者住所以外への送付を希望する方は申請者が記名・押印し送付先を記入してください。

私は、（送付先宛名）_____

（送付先住所）_____への送付を希望します。

申請者氏名 _____

記載例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪市長 様

証 明 願

申 請 者 甲 山 乙 夫
申請者住所 大阪市阿倍野区旭町〇—〇—〇
電 話 番 号 06-6543-××××
受給者からみた続柄 本人
*申請は本人もしくは現在の医療受給者証申請者に限ります。

【特定医療費（指定難病）】の受給に関し、償還された金額の証明をお願いします。

下記1～7すべて記載してください。

1 受給者住所 大阪市阿倍野区旭町〇—〇—〇

2 受給者氏名 甲 山 乙 夫

3 生 年 月 日 昭和〇年〇月〇日

4 受給者番号 1234567

5 病 名 原発性側索硬化症

6 受給者証の交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

7 理 由

他の医療費助成制度の医療費の払い戻し手続きで、〇〇市に提出するため。

「特定医療費（指定難病）
受給者証」をご確認の上、
ご記入ください。

* 返信用封筒（申請者の住所氏名記載）に切手を貼って同封してください。

書留・特定記録等での郵送をご希望の方は郵送方法に〇をし、追加の切手を貼ってください。

簡易書留 ・ 特定記録 ・ その他（ ）

メール便のご利用はできません。

* 原則、申請者以外には送付できません。申請者及び申請者住所以外への送付を希望する方は申請者が記名・押印し送付先を記入してください。

私は、（送付先宛名）

（送付先住所） への送付を希望します。

申請者氏名