

年 月 日

大阪府知事 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 _____

***申請者は、受給者又は償還払い請求者に限ります。**

【特定疾患援助医療費・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。 ↶ どちらかに○をしてください。また、下記1～8すべて記載してください。

1 受給者住所

2 受給者氏名

3 生年月日

4 受給者番号

5 疾病名

6 受給者証の交付日 年 月 日

7 償還金の振込日 年 月 日

8 証明申請理由

*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下欄に送付先を記入してください。

上記申請に係る証明書について、(送付先宛名) _____

(送付先住所) _____ へ送付してください。

申請者 _____