

別記様式（第5条関係）

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付自己負担金  
助成申請書

年 月 日

(宛先)さいたま市長

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号 ( )  
郵便番号

次のとおり助成を受けたいので申請します。

給付を受けた種目 ( )

助成の額	年 月分の自己負担金の額に相当する額
生 年 月 日	年 月 日
住 所	さいたま市
小児慢性特定疾患医療 受 給 者 証	年 月 日交付 第 号
疾 病 名	