様式第１号（第２条関係）

難病患者等福祉手当認定申請書

年　　月　　日

　大田原市長　　　　　　　　様

住　所　大田原市

申請者

氏　名

（疾患者との続柄　　　　）

難病患者等福祉手当の受給資格の認定を受けたいので、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 生年月日年 　月　　日 | 電話番号 |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 住　所大田原市 |
| 病　名 | 発病年月日　　 ・　　・　　 |
| 受給者証番号　　第　　　　　　　　　号（有効期限　　　　　年　　　月　　　日） |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 支店等名 |  |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 受理 | 年　月　日 | 　　　年　　月　　日認定（支給開始　　月分から）却下（理由） | 決　裁 | 課長 | 係長 | 係 |
|  |  |  |
| 番号 |  |

【新規申請をされる方の手続きに必要なもの】

①　難病患者等福祉手当認定申請書（様式第１号）

②　受給者証

③　本人名義の通帳（小児慢性特定疾病の方は、保護者名義の通帳可）