

難病患者等福祉手当認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

大田原市長 様

住所 大田原市〇〇1-2-3

申請者

氏名 那須 与一

(受給者との続柄 本人)

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。

連絡が取れる
ご自宅か携帯番号

フリガナ ナスノ ヨイチ	生年月日	電話番号				
氏名 那須 与一 男 女	S × × 年 × 月 × 日	23-〇〇××				
住所 大田原市〇〇1-2-3						
病名 ※受給者証に記載されている内容を記入	発病年月日 . .					
受給者証番号 第 1234567 号 (有効期限 令和 〇年 〇月 〇日)						
振込先	金融機関名	〇〇銀行				
	支店等名	××支店 ※通帳に記載されている内容を記入				
	口座種別	普通・当座	口座番号 9876543			
	フリガナ	ナスノ ヨイチ				
	口座名義	那須 与一				
受理	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）