

難病患者福祉手当認定申請書

年 月 日

銚田市長 様

(申請者)

住所

氏名 印

難病患者福祉手当支給の認定を受けたいので、銚田市難病患者福祉手当支給要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

難病患者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日			
	住所			電話 号			
	疾患名		医療受給者証又は登録者証番号	第 号			
保護者等	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日			
	住所			続柄 号			
振込希望金融機関名	金融機関名	口座番号		口座名義人			
		普通・当座		フリガナ氏名			
	支店						

(注)次の書類を添付してください。

1. 難病患者であることを証する書類(受給者証等)
2. 申請者が保護者等であるときは、保護者等であることを証明できるもの
3. 振込希望金融機関の通帳等の写し

受付年月日	年 月 日		
認定	年 月 日	支給開始月	年 月
不認定	年 月 日	理由	