

記入例

様式第1号（第2条関係）

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 印
(患者との続柄 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	オオタワラ タロウ			
	口座名義	大田原 太郎			
受理	年 月 日	認定 (支給開始 月分から)	課長	係長	係
番号		却下 (理由)	決裁		

【新規申請をされる方の手続きに必要なもの】

- 難病患者等福祉手当認定申請書（様式第1号）
- 受給者証
- 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）

※郵送の場合は②、③のコピーを添付してください。

③の通帳は、表紙を1枚めくった名義と口座内容が分かる部分をコピーしてください。