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）