

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

（受給者との続柄 ）

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		電話番号		
氏 名		年 月 日				
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	決 裁	課長	係長	係
番号		認定 (支給開始 月分から) 却下(理由)				

【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）