

令和 年 月 日

羽 村 市 長 あて

申請者 住 所 羽村市

氏 名

難病患者福祉手当認定申請書

羽村市難病患者福祉手当条例に基づき、関係書類を添えて受給資格の認定を申請します。
同条例第2条に定める支給要件の確認のため、調査することに同意します。

難 病 患 者	ふりがな 氏 名		生年月日	M T S 年 月 日 H R (歳)	
	住 所	申請者住所と同じ <input type="checkbox"/>	電 話		
	疾 病 名				
	受給者証 又は 医療券	有 ・ 無	受給者番号		
			有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	振込希望 金融機関	金融機関名	銀行 農協 店 信用金庫		
口座番号		普通 当座			
口座氏名 (カタカナ)					
備 考	心身障害者福祉手当受給の有無 (無 ・ 有) 生活保護等受給の有無 (無 ・ 有) 施設入所の有無 (無 ・ 有 施設名)				