

年 月 日

常陸太田市長 殿

(申請者)

住 所 常陸太田市 町 番地

氏 名

電話

難病患者福祉手当支給申請書

常陸太田市難病患者福祉手当支給要綱第 5 条の規定により、難病患者福祉手当を受けたいので申請します。

難病患者	ふりがな 氏 名	(在宅・入所中)		生年月日	
	住所	常陸太田市 町 番地		電話	
	疾患名			医療受給者証又は 登録者証番号	
保護者等	ふりがな 氏 名			患者と の続柄	
	住所	常陸太田市 町 番地		電話	
振込希望金融機 関名等	金融機関名・支店	種類	口座番号	ふりがな 口座名義人(氏 名)	

※次の書類を添付してください。

- (1) 指定難病特定医療費受給者証又は一般特定疾患医療受給者証の写し
- (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) その他市長が必要と認める書類