

阿見町長 殿

「記載例」

申請者 住所 阿見町中央 1-1-1

氏名 阿見 太郎 続柄 本人

阿見町難病患者福祉手当支給申請書

次のとおり難病患者福祉手当の支給を申請します。

難 病 患 者	住 所	〒300-0392 阿見町中央 1-1-1			電話番号	029-888-1111
	フリガナ 氏 名	アミ タロウ 阿見 太郎		男・女	生年 月 日	昭和●●年 ●月●●日生
	病 名	□□□□□症		医療受給者証 番 号	※受給者証 2 行目の番号 ●●●●● 号	
	振込先	金融機関名	支店	口座番号	口座名義	
		常陽銀行	阿見支店 店番 (074)	普 ●●●●●● 当	フリガナ アミ タロウ 阿見 太郎	

※ 受給者が 20 歳未満の場合記入して下さい。

保 護 者	フリガナ 氏 名		続柄 ()	電
-------------	-------------	--	-----------	---

- ①難病患者の欄はもれなく記載をお願いします。
- ②「医療受給者証番号」はお手持ちの受給者証の 2 行目の番号を記載して下さい。
- ③振込先の確認のため、通帳の写し等を添付して下さい。

同 意 欄	受給資格の確認のため、医療受給者証の交付状況、第一種社会福祉事業に係る施設の入所状況、生活保護の状況その他の必要な事項について、町が調査することに同意します。
-------------	---

記名 阿見太郎

〔添付書類〕

- 医療受給者証の写し
- 振込先口座が確認できるもの(通帳表紙の写し等)
- 申請者が保護者のときは、保護者であることを証明できるもの

- ④受給者が 20 歳未満の場合は保護者の記載をお願いします。
- ⑤同意欄にも忘れずに記名して下さい。

※ 下記は記入しないで下さい。

決定・却下	年 月 日	支給 開始	年 月	支給 金額	円
決定番号	第 号	決定・不支給通知書発送	年 月 日		