

年 月 日

阿見町長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

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	〒 阿見町			電話番号	
	フリガナ 氏 名		男・女	生年 月 日	年 月 日生	
	病 名		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
			支店 店番 ()	普 当		フリガナ

※ 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 ()	電話番号	
-------------	-------------	--	-----------	------	--

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 _____
-------------	---

〔 添付書類 〕

1. 医療受給者証の写し
2. 振込先口座が確認できるもの(通帳表紙の写し等)
3. 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

※ 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	