

年 月 日

大洗町長

様

申請者 住所

氏名

難病患者との続柄（ ）

大洗町難病患者福祉手当認定申請書

下記のとおり、難病患者福祉手当を受給したいので、次のとおり受給資格の認定を申請いたします。

難病患者	住 所			電話番号	
	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	難病区分	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病 ☐ 先天性血液凝固因子障害等対象疾患			
	受給者証等の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
保護者	住 所			電話番号	
	フリガナ			難病患者との続柄	
	氏 名				
振込先	フリガナ			続柄	1 本人 2 その他（ ）
	口座名義人				
	金融機関名			支店名	
	口座番号			預金種目	普通 ・ 当座
添付書類		☐ 指定難病特定医療費受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し ☐ 預金通帳の写し			

* 以下は、記入しないでください。

受付日	年 月 日		
認 定	年 月 日	支給開始 年 月分から	認定番号 第 号
却 下	年 月 日	理由（ ）	