様式第１号（第４条関係）

難病患者福祉手当認定申請書

年　　月　　日

　桜川市長　　　　　様

（申請者）住　所

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　㊞

　　難病患者福祉手当支給の認定を受けたいので、桜川市難病患者福祉手当支給要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 難病患者 | ふりがな |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 | 桜川市 | | | | | 電話番号 | |  | |
| 疾患名 |  | | | 指定難病特定医療費  受給者証番号 | | | | 第　　　　号 | |
| 保護者名 | 氏　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | |
| 住　所 | 桜川市 | | | | | 患者との続　柄 | |  | |
| 振込希望  金融機関名  等 | | 金融機関名 | 口座番号 | | | 口座名義人 | | | | |
| 店 | 普通・当座 | | | ふりがな | |  | | |
| 氏　名 | |  | | |
| （注）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の写し  　　　２　申請者が保護者等のときは、保護者等であることを証明できるもの | | | | | | | | | | |
| 受付年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 認　　　定 | | 年　　月　　日 | | 支給年度 | | 年度 | | | | No. |
| 不認定 | | 年　　月　　日 | | 理　　由 | |  | | | | |