

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			