

難病患者福祉手当認定申請書

* 太線の中を記入してください。

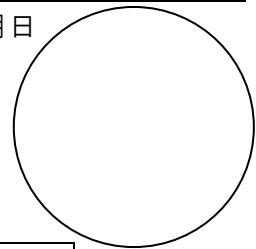
申請者	住所	葛飾区 丁目 番 号 荘・方 (電話) 自宅・携帯・FAX			
	フリガナ				
	氏名	生年月日	大・昭・平・令 (歳) 年 月 日		
届出者	住所	〔住所は申請者と異なる場合だけ記入してください。〕 葛飾区 丁目 番 号 荘・方 (電話) 自宅・携帯・FAX			
	フリガナ			申請者との続柄	父・母・夫・妻 その他 ()
	氏名				
受給者証(医療券)	疾病名				
	受給者番号	交付年月日		年 月 日	
振込先	フリガナ				口座番号
	氏名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 店			
同意書	<p>難病患者福祉手当認定申請及び継続資格確認にあたり、保健予防課長が私（未成年の場合は扶養義務者も含む）について、住民基本台帳・住民税課税台帳・難病等医療費助成認定結果報告書・介護保険台帳・生活保護台帳・児童育成手当台帳から必要に応じて、各情報の提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 印 扶養義務者 氏名 印</p>				

職員事務処理欄

受付年月日

令和 年 月 日
上記の申請について 認定 ・ 却下 し、 通知することといたしたい。

決	課長	係長	係員
裁			



所得状況	氏名	続柄	総所得額	扶養人数	合計控除額	控除後所得額

住民コード	処理欄	申請入力	決定入力	通知出力	通知郵送	認定番号	年齢資格	所得資格
								あり・なし

備考	
----	--