

年 月 日

難病者福祉手当受給資格認定申請書

武蔵野市長 殿

収 受 印

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

難病者福祉手当の支給を受けたいので、武蔵野市難病者福祉手当条例第4条の規定により、受給資格の認定について申請します。

なお、受給資格の認定に係る審査を受けるために必要な、受給資格者並びに受給資格者の配偶者及び扶養義務者の所得状況その他の受給資格に関わる情報を、武蔵野市の保有する公簿等により確認することに同意します。

受給資格者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所	電話番号 ()				
	疾病名					
	医療券の	有	交付年月日	年 月 日		
	交 付	無	申請中・その他 ()			
	同種の手当の受給の有無	1 受けていた 区・町 市・村 年 月分まで支給 2 受けていない				

受給資格者が20歳未満の場合は、記入してください。

扶養義務者等	氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	電話番号 ()				
	続 柄	同別居	同居・別居	生計の維持	有 ・ 無	

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 支店 信用組合・農協	
	口座番号	(普通 ・ 当座)	
	口座名義人氏名 (カタカナ)	続 柄 ()	