

那珂市難病患者福祉手当支給申請書

令和 年 月 日

那珂市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
難病患者との続柄

下記のとおり、難病患者福祉手当の支給を申請します。

記

難病患者	住 所	那珂市		電話番号	
	フリガナ			生年月日	年 月 日生
	氏 名				
	種 別	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病 ・ 先天性血液凝固因子障害等			
	病 名		受給者証 番 号	号	
	受療状況	1 入院 2 外来	(1) 病院名 (2) 入院年月日 令和 年 月 日		
振 込 先	金融機関名			支店等名	
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

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
- 申請者が保護者のときは、保護者であることを証明できるもの

※下記は記入しないでください。

決定 却下	年 月 日	支給 開始	年 月 日	支給金額	円
番号	第 号	決定・却下通知発送		年 月 日	