

様式第1号(第4条関係)

令和 年 月 日

つくばみらい市長 様

(申請者) 住 所 つくばみらい市
氏 名
電話番号
難病患者との続柄

難病患者福祉手当支給申請書

次のとおり、難病患者福祉手当の支給を申請します。

難 病 患 者	住 所	つくばみらい市		電 話 番 号	
	フリガナ 氏 名		生年月日	昭・平 令	年 月 日
	病 名		医療受給者 証 番 号		号
	受療状況	1 入院 (1) 病院名 2 外来 (2) 入院年月日		年 月 日	
振 込 先	金 融 機 関	(銀行・金庫)		(本店・支店)	
	口 座 番 号	(普通・当座)			
	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の写し

※以下は記入しないでください。

決定・却下	年 月 日	支給開始	年 月	支給金額	円
決定番号	第 号	決定・却下通知書発送	年 月 日		