様式第1号(第2条関係)

　　年　　月　　日

**申請日を記入**

下妻市長　　様

申請者　住　所

氏　名

難病患者との続柄（　　　　　　）

**難病患者本人**

**について記入**

難病患者福祉手当支給申請書

難病患者福祉手当の支給を受けたいので、下記のとおり申請をいたします。

当該申請に係る審査のため、私の住民登録資料、市税等の納付状況及び生活保護の受給状況について、関係機関に調査及び照会することを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 下妻市 | 電話 | **自宅又は携帯** |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 大昭平 | 年　月　日 |
| 氏　　名 | **難病患者本人** |
| 疾 患 名 | 指定難病特定医療費受給者証に記載されている疾患名を記入 |
| 保護者 | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 大昭平 | 年　月　日 |
| 氏　　名 | **難病患者が18歳未満の場合、記入する** |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協信組・信金 | 本店支店 | 預金種別 | 普通・当座 |
| フリガナ |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | **難病患者本人名義** |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
| （同意書）難病患者福祉手当支給申請に係る審査において、私の住民基本台帳、市税等の納付状況に関する情報及び生活保護の受給情報について、調査及び閲覧することに同意します。氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**難病患者本人の****氏名** |