

つくば市長 宛て

申請者 住所

氏名

令和 年度難病患者福祉金支給申請書

次のとおり、難病患者福祉金の支給を申請します。

難病患者	住 所	つくば市			電 話 番 号	— —				
	フリガナ				生 年 月 日	(西暦)				
	氏 名					年 月 日				
	病 名	番 号				公費負担医療 の受給者番号				
		疾 病 名								
生活保護法による 扶助の受給状況		<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中								
振込先	フリガナ									
	金 融 機 関	銀行・信金			本店・支店					
		信組・農協			本所・支所					
	金融機関コード			店舗コード						
	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又は一般特定疾患医療受給者証の写し（申請時点で有効なものに限る。）

振込先口座番号等を確認できる通帳またはキャッシュカードの写し（本人名義）

市町村確認欄			
收受日	收受番号	申請区分	宛名番号
令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	