

様式第1号（第2条関係）

決 裁				受 理	・	・
				起 案	・	・
次のとおり決定してよろしいか伺います。 1 認定（支給開始 年度 分から） 2 却下（理由 ）				決 裁	・	・
				通 知	・	・
				番 号	第	号

難病患者等福祉手当受給資格認定申請書

難病患者等	氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	壬生町			性 別	
	病 名		医療受給者証番号			
介 護 者	氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	壬生町			続 柄	

別紙のとおり医療受給者証の写しを添えて、壬生町難病患者等福祉手当の受給資格の認定を申請します。また、町が難病患者等福祉手当の受給資格の確認にあたり、壬生町難病患者等福祉手当支給条例施行規則第6条に規定する難病患者等現況届の提出に代えて、栃木県知事に医療受給者証の交付状況を確認することに 同意します。 同意しません。

年 月 日

申請者
氏 名

壬生町長 様

振込希望金融機関名		口 座 番 号	
口 座 名			