

様式第1号(第2条関係)

難病患者等福祉手当受給者資格申請書

下野市長様

次のとおり、下野市難病患者等福祉手当支給条例施行規則第2条に基づき下野市難病患者等福祉手当の受給資格を受けたいので受給者証及び通帳の写しを添えて申請します。

年 月 日

難病患者等	住 所			
	氏 名	Ⓜ	電話番号	
	個人番号			
	生年月日	T・S・H	年	月 日生

※1 上記難病患者等が18歳未満の方のみ監護する保護者の方を記入してください。

※1 保護者	住 所			
	氏 名		続柄	
	個人番号			

※2 下野市難病患者等福祉手当を振込するための口座等を記入してください。

難病患者等が18歳以上の場合は、本人の口座を記入してください。

難病患者等が18歳未満の場合は、本人又は保護者の方の口座を記入してください。

※2 振込 口座	金融機関・支店名	銀行・農協	支店
		信用金庫	出張所
			支所
	口座種別	普通・当座	口座番号
口座名義人	(フリガナ)		
	(漢 字)		

(通帳のコピーを添付してください。通帳原本をご持参頂ければコピーいたします。)