

特殊疾病者福祉手当認定申請書

受給対象者	フリガナ											生年月日	年			月	日	
	氏名												(歳)					
	個人番号											電話番号						
	住所																	
	疾病名																	
	医療受給者証又は医療券	有 ・ 無				受給者番号												
	他の区市町村での同種受給者証の有無	1 有 ( 区市町村 : 年 月まで ) 2 無																
	他手当受給の有無	・ 児童育成手当 ( 障害手当 ) の受給 ( 1 有 ・ 2 無 ) ・ 心身障害者福祉手当の受給 ( 1 有 ・ 2 無 )																
扶養義務者	フリガナ											生年月日	年			月	日	
	氏名												(歳)					
	個人番号											電話番号						
	住所											対象者との続柄						
振込口座	振込先金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協										本店・支店 出張所						
	口座番号	普通 ・ 当座																
	フリガナ																	
	口座名義人氏名 ( 受給者 )																	
<p>上記のとおり、特殊疾病者福祉手当の受給資格の認定を申請します。</p> <p>なお、この申請に関し必要な医療受給者証又は医療券の取得情報、住民情報、課税情報等を公簿等により確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>( 宛先 ) 昭島市長</p> <p>受給対象者氏名 _____</p> <p>扶養義務者氏名 _____</p> <p>( 受給対象者が20歳未満のとき )</p>																		

\* 記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。