

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 (歳)		
	氏 名														
	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)														
施設入所の有無	1 有 (施設名 : 2 無)														
扶 養 義 務 者	フリガナ											生年月日	年 月 日 (歳)		
氏 名															
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)														

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。
 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。

年 月 日

(宛先) 昭島市長

受給対象者氏名

扶養義務者氏名

(受給対象者が20歳未満のとき)

*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。