

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)																
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 昭島市長</p> <p style="text-align: right;">受給対象者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">扶養義務者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(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。