

別記様式第 1 号(第 4 条関係)

課 長	グループリーダー	担 当

矢板市難病患者等福祉手当認定請求書

年 月 日

矢板市長 様

申請者（保護者）

氏 名		患者との続柄	
住 所		電話	

難病患者等

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電 話	
病 名		発症年月日	年 月 日
医療機関名			1 入院 2 通院
公費負担医療 の受給者番号		受給者証 の有効期限	年 月 日
振込先 金融機関名		支店名	
口座番号		フリガナ 口座名義	

*必要書類 特定医療費（指定難病）受給者証、一般特定疾患医療受給者証、先天性血液凝固因子障害等医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療費受給者証 通帳（写し）

受給者番号	受付年月日	住民基本台帳による確認	判 定
			認定 却下