

別記様式第1号(第4条関係) **矢板市特定疾患福祉手当認定請求書**

申請年月日 平成 年 月 日

矢板市長様

該当に	入院・在宅
-----	-------

申請者 (保護者)	ふりがな	男・女	患者との続柄		
	氏名	印			
	現住所 矢板市		電話 ()		
患者	ふりがな	男・女	生年月日	職業	
	氏名				
	現住所 矢板市				
	世帯主名	住民となった日			
	病名	発病年月日			
	*1. 身体障害者手帳番号		第	号	
	*2. 公費負担医療の受給者証				
支払金融機関	名称	口座番号 (普・当)			
	本店 支店	口座名義人			

* 身体障害者手帳、または医療受給者証を持っている方だけ記入してください。

* 支払金融機関は、申請者又は患者本人の口座を記入してください。

受給者番号	受付年月日	認定	・	・	所長	係長	係員
		却下(支給開始	・	・)		
1. 診断書添付		住民基本					
2. 身体障害者手帳により確認		台帳によ					
3. 医療受給者証により確認		る確認					
備考							