

様式第1号(第2条関係)

年 月 日

神栖市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
難病患者との続柄()

神栖市難病患者福祉手当認定申請書

下記により難病患者福祉手当を受けたいので、受給資格の認定を申請いたします。

記

難病患者	住 所	神栖市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	病 名			
保護者	フリガナ		難病患者との続柄	
	氏 名			
受領方法	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 支店		
	預金種類	普通・当座・貯蓄		
	口座番号	(店番) (口座番号)		
	口座名義 (カナ)			

下記は、記入しないでください。

住民日	年 月 日	個人コード		
認 定	年 月 日	支給開始	年 月 分	認定番号No.
却 下	年 月 日	理由		