

下記の者を、難病患者福祉手当受給資格者に認定してもよろしいでしょうか。	課長	課長補佐	係長	係員	担当	疾病番号等	No.

様式第1号

難病患者福祉手当受給資格認定申請書

平成 年 月 日

辰野町長 様

申請者 住 所 辰野町大字

氏 名 印

難病患者福祉手当条例に基づき、受給資格の認定を受けたいので申請します。

受給者	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	職業	
	住 所	長野県上伊那郡辰野町大字		
	疾病名			
申請者	ふりがな 氏 名		続柄	
	住 所	長野県上伊那郡辰野町大字		
振込先	銀行	支店	口座	普通 ・ 当座
	信用金庫			番号
	農協			ふりがな 名義人

【添付書類】

診断書又は、特定疾患を証明する証明書の写し