

様式第1号(第3条関係)

山形村特定疾患等患者福祉手当支給申請書

年 月 日

山形村長 様

申請者 住 所
氏 名

山形村特定疾患等患者福祉手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

山形村特定疾患等患者福祉手当の支給決定にあたり、患者及び保護者の住民登録資料について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

患 者	住 所	山 形 村		電話	
	ふりがな 氏 名			生年 月 日	年 月 日生
疾 患 名					
保 護 者	氏 名			年 月 日生	
	住 所		患 者 と の 続 柄		
振 込 先		金 融 機 関			
		口 座 番 号	普通・当座		
		ふ り が な 口 座 名 義 人			

添付書類

- 1 特定疾患医療受給者証(写し)、特定医療費(指定難病)受給者証(写し)、長野県特定疾病医療費受給者証(写し)、ウイルス肝炎医療費受給者証(写し)又は小児慢性特定疾病医療受給者証(写し)
- 2 受給資格者が保護者のときは、保護者であることを確認できるもの。
- 3 その他村長が必要と認める書類