

特定疾病者福祉手当認定申請書

多摩市長 殿

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日	
住 所	多摩市 ☎ ()				
疾 病 名					
施設入所の有無	有 ・ 無	施設名			
医 療 費 助 成 の 種 類 と 記 号 番 号					
種 類	☐ 難病医療	負担者番号			
	☐ 生活保護	受給者番号			
☐ 原子爆弾被爆者医療					

振 込 先	フリガナ											
	口座名義											
	銀行・農協 信金・信組										普通 当座	
	店番				口座番号							

受 付	認定番号					No.							
	受給要件のチェック 可 ☐ 否 ☐												