

松戸市難病者援護金支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松戸市長

申請者(療養者) ※18歳未満の場合は、保護者

住所 松戸市

氏名

個人番号 ()

私は、次により難病者援護金を受けたいので、関係書類を添えて申請致します。

記

療養者	ふりがな					申請者との続柄			
	氏名					電話			
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日生	年齢	歳		
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	個人番号								

種別	<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証 <input type="checkbox"/> 千葉県特定疾患医療受給者票 <input type="checkbox"/> 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証								
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--

病名									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

その他	生活保護法による保護の有無	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない							
-----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

同意書

支給申請に当たり、療養者が本制度を利用する間、私に係る市民税の課税状況を調査(閲覧・資料の提供を受けること等)することに同意します。

療養者氏名 _____ 印 (個人番号 _____)

世帯員名 _____ 印 世帯員名 _____ 印
(個人番号 _____) (個人番号 _____)

世帯員名 _____ 印 世帯員名 _____ 印
(個人番号 _____) (個人番号 _____)

振込口座	金融機関名			支店名			支店コード		
	銀行 金庫			支店					
	名義人(申請者カナ)			口座種別			口座番号		
				普通・当座					