

第1号様式

国立市特殊疾病者等福祉手当受給資格認定申請書

受給者	ふりがな				男	電話	
	氏名				・	()	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢 歳	
	住所	国立市					
疾病状況	障害者手帳	1.有	身体障害者手帳	級	(都・道・府・県)第 号	
		2.無	愛の手帳	度		年 月 日 交付	
	医療券	負担者番号			受給者番号		
		有効期限	年	月	日	健康保険証の被保険者名	
疾病名							
<p>国立市特殊疾病者等福祉手当の受給資格の認定を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 国立市</p> <p>氏名 (印)</p> <p>国立市長 殿</p>							
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合				本・支店	
	口座番号	1.当座	2.普通	()		
	ふりがな						
	口座名義人						
認定・却下	年	月	日	認定番号			
備考							