

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	大・昭・平・令 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>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 国立市</p> <p>氏名</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. 普通 2. 当座 ( 店番 口座番号 )				
	ふりがな					
	口座名義人					
認定・却下	年 月 日			認定番号		
備考						