

様式第1号(第4条関係)

守谷市難病患者福祉手当支給申請書

令和 3年10月10日

守谷市長 松丸 修久 宛て

申請者 住所 守谷市大柏950-1

氏名 守谷 花子

難病患者との続柄 本人

電話番号 0297-45-1111

守谷市難病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。

守谷市難病患者福祉手当の支給決定に当たり難病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。

難病患者	フリガナ	モリヤ ハナコ		生年月日	S 5 0 年 8 月 1 日 (4 6 歳)
	氏名	守谷 花子			
	住所	守谷市大柏 9 5 0 - 1		電話番号	0 2 9 7 - 4 5 - 1 1 1 1
疾病名		潰瘍性大腸炎			
種類 (該当に○印)	○		指定難病特定医療費受給者証		
			小児慢性特定疾病医療受給者証		
			先天性血液凝固因子障害医療受給者証		
受給者証番号		第 9 9 9 9 9 9 9 号			
有効期限		R 3 年 9 月 3 0 日 まで			
療養状況		① 通院	2 入院	(1) 医療機関名	年 月 日
				(2) 入院年月日	年 月 日
保護者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所			難病患者との続柄	

添付書類

受給者証の写し