受付番号	

認定申請書

須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格

~~現況届~~

年　　月　　日

須賀川市長様

申請人　住　所　須賀川市

氏　名　　印

個人番号

須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格の認定/~~現況~~申請/~~お届け~~について、次のとおりします。

該当者	ふりがな 氏名		男・女	年　月　日生	勤務先又は学校名		
	個人番号						
	住所	須賀川市			電話		
保護者	ふりがな 氏名		男・女	年　月　日生	続柄		
	住所	須賀川市			電話		
病名							
医療機関名	電話		診療科目				
			所在地				
特定疾患医療受給者証番号		治療研究承認期間	年　月　日から 年　月　日まで		交付年月日	年　月　日	
身体障害者手帳番号	種　級				交付年月日	年　月　日	
振込み希望金融機関名及び支店名	銀行・信金 農業協同組合 支店	口座番号	普通 総合 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義		

添付書類　・特定疾患治療研究事業要綱に定める疾患により医療を受けている人は、特定疾患治療研究承認通知書又は特定疾患医療受給者証

・腎臓機能障害による慢性透析療法を受けている人は、身体障害者手帳又は医師の診断書

（注）手当の支給を受けている人は、毎年１月１日現在の状況を１月末日までに現況届により提出すること。

上記申請のとおり認定/却下してよろしいでしょうか。					起案年月日	年　月　日
					決裁年月日	年　月　日
課長	主幹	課長補佐	係長	係員	通知年月日	年　月　日