

														収 受 印 欄				
難病患者福祉手当認定申請書（現況届）																		
認 定 対 象 者	ふりがな氏名							生年月日				年 月 日						
								個人番号										
	住所	小金井市 町 丁目 番 号																
	連絡先	() —																
	疾病名																	
	医療券の所持	有 ・ 無 ・ 申請中						施設への入所状況				入所している・入所していない						
他市区町村で同種手当受給	有 ・ 無						心身障害者福祉手当又は児童育成手当受給				有 ・ 無							
保 護 者	認定対象者が20歳未満である場合のみ記入	ふりがな氏名											生年月日		年 月 日			
		住所	小金井市 町 丁目 番 号															
		個人番号															連絡先	() -
口座	金融機関名	銀行 信金 支店										名義 (カナ)						
	口座番号	当座・普通																
難病患者福祉手当の受給資格の認定（現況）を申請（届出）します。 受給資格認定期間中、受給資格の有無又は所得に関して公簿等で確認することに同意します。 年 月 日 （宛先）小金井市長 氏 名 _____																		
※市処理欄	※医療券情報						※確認者印		年 月 日 ㊞									
	※所得計算	前年所得	雑損控除		医療費控除		社会保険料控除		勤労学生控除		小規模企業共済等掛金控除							
		円	円		円		円		円		円							
		加算対象扶養親族等の数	障害者数		配偶者特別控除		寡婦(ひとり親)控除		控除後の所得									
	人 (うち老人扶養親族等 人)	人 人 特障 人 円 円		円		円 (ひとり親) 円		円										
	※ 認定番号		第 号		※ 却下理由													
※ 備考																		