

※太枠内のみ記入してください。

記入例										収 受 印 欄		
難病者福祉手当認定申請書（現況届）												
認 定 対 象 者	ふりがな 氏 名	こがねい はなこ				生 年 月 日		○ 年 ○ 月 ○ 日				
		小金井 花子				個 人 番 号		記入不要				
	住 所	小金井市 本 町 6 丁目 6 番 3 号										
	連 絡 先	(042) 387 — 9842										
	疾 病 名	(例) 潰瘍性大腸炎										
医 療 券 の 持 有 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											
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	こがねい た				必ずどちらかに丸を付けてください。 ※入所している場合は欄外に入所先をご記入ください					
	住 所	小金井市 本 町 丁目 番 号										
口 座	金融機関名	信金				支店		名 義 (カナ)				
	口座番号	当座・普通										
難病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。												
令和7年8月29日												
(宛先) 小金井市												
※ 市 処 理 欄	郵送提出の場合は、投函日				氏 名		小金井 花子					
	来庁提出の場合は来庁日となります。				印		年					
	前年所得		雑損控除		医療費控除		社会保険料控除		受給者の氏名を記入してください。 ※押印不要			
	加算親族		控除後の所得									
	（うち親族等）		円									
※ 認定番号												
※ 備考												