

様式第1号(第3条関係)

年 月 日

水戸市長 様

届出人 住所 〒 _____

水戸市 _____

氏名 _____ ④

電話 () _____

水戸市難病患者見舞金受給資格認定申請書

難病患者見舞金の受給資格の認定を受けたいので、水戸市難病患者見舞金の支給に関する条例第5条の規定により申請します。

		整理番号	
難病患者者	住所	水戸市	
	ふりがな 氏名		個人番号
	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
医療費受給者証等の状況	病名		
	受給者番号		
	受給者証有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
障害者手帳の状況	身体障害者手帳	第 号	級
	療育手帳	第 号	
	精神障害者保健福祉手帳	第 号	級
振込先	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 労働金庫 農業協同合	
	本(支)店名	本・支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義(カナ)		
備考			

添付書類 (1) 住民票の写し又は個人番号カード、在留カード
若しくは特別永住者証明書の写し
(2) 茨城県知事が交付する指定難病特定医療費受給者証又は一般特定疾患医療受給者証の写し

受付

※水戸市記入欄

<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 郵送		番号の確認	身元の確認	
確認者		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	以下の書類の場合は2つ必要 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
窓口	端末			
		取得なし	【理由】	
<input type="checkbox"/> 代理人 ()		代理権の確認	① 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 () ② 任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 ③ ①②が困難である場合 <input type="checkbox"/> 対象者の健康保険者証等 <input type="checkbox"/> その他 ()	