

## 特殊疾病（難病）患者福祉手当受給者現況届（令和 5 年度）

フリガナ 受給者氏名		電話番号	( )
住所			

疾病名 ( )

病状について

ア 治った ( 年 月頃 )

イ 対象疾病で通院している ( 月 回 病院名 )

ウ 対象疾病で入院している ( 年 月から 病院名 )

エ 治っていないが通院・入院をしていない

東京都等の難病関係医療券・特定医療（指定難病）受給者証等について

ア 交付されている

イ 申請中である

ウ 交付されていない

令和 5 年 1 月 1 日の住所について

ア 現在と同じ

イ 現在と違う ( 旧住所 )

令和 5 年 1 月 2 日以降に武蔵村山に転入された方は、前住所地からの令和 5 年度所得（課税）証明書が必要です。

特殊疾病患者福祉手当の受給資格の現況を届出します。

なお、特殊疾病患者福祉手当に係る受給者の所得状況について、調査することに同意します。

年 月 日

受給者氏名

印

スタンプ印不可