

(表)  
 特殊疾病患者福祉手当受給資格認定申請書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

申請者 住所  
 氏 名

特殊疾病患者福祉手当の受給資格の認定を申請します。

本 人	(ふりがな) 氏 名			生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住 所				電 話 番 号 ( )	
	疾 病 名			発病年月日	年 月 日	
	療 養 先 機 関	名 称				
		開 始 日	年 月 日			通院・入院
	医 療 券 の 交 付	有 無	交 付 番 号			
			交 付 年 月 日	年 月 日		
医 療 券 の 交 付 を 受 け て い な い 場 合 の 保 険 種 別	1 社会保険本人 2 生活保護法による医療扶助受給者 3 老人医療助成費受給者 4 その他( )					
他 の 区 市 町 村 で 同 種 の 手 当 受 給 の 有 無	1 受けていた 2 受けていない		区 市 町 村			
世 帯 主	(ふりがな) 氏 名			本 人 と の 続 柄		
	住 所					

本申請の審査に際しては、住民基本台帳、戸籍、所得状況、生活保護の受給の有無等について、必要な資料を関係各機関から収集することに同意します。  
 氏名

※所得審査	前年所得額	扶 養 (老人・特定)	雑損・医療費 小規模企業共済	配 偶 者 特 別 控 除	障 害 扶 養	認 定
	円	( 人 )	円	円	障 人・特障 人 円	不可 可 課税 非課税
	寡婦・ひとり親	勤 労 学 生	一 律 控 除 社会保険料控除	控 除 合 計	控除後の所得額	
	円	円	円	円	円	

※欄は記入しないでください。

(裏)

1 添付書類

- (1) 住民票の写し
- (2) 特殊疾病にり患していることについての医師の証明書又は東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則により交付された医療券の写し
- (3) 特殊疾病患者(20歳未満のときは、その扶養義務者)の前年(1月から7月までに行う申請については前々年)の所得の状況を証する書類

2 記入上の注意

- (1) 「他の区市町村で同種の手当受給の有無」とは本市に転入する前の東京都の区域内の他の区市町村で特殊疾病患者福祉手当を受けていたかどうかのことです。
- (2) 該当する欄は番号を○で囲んでください。