

受給資格認定申請書

記入例(難病患者福祉手当)

令和 3 年 4 月 1 日申請

障害者 又は 難病患者	フリガナ	スギナミ タロウ	大正・昭和・平成・令和
	氏名	杉並 太郎	**年 2月 10日(18歳)
	住所	〒166-8570 連絡先 03 (3312) 2111 杉並区 阿佐谷南1-15-1	
申請者 (2・12は必須) 障害者等が 申請者の場合 省略可	フリガナ	① スギナミ イチロウ	障害者等から見た続柄
	氏名	杉並 一郎	父 母・配偶者・その他()
	住所	〒166-8570 連絡先 03 (3312) 2111 杉並区阿佐谷南1-15-1	

① 「申請者」

20歳未満の難病患者の場合は、主たる生計の維持者を記入。その他は記入不要。
※主たる生計維持者とは、父母のうち恒常的に所得の高い方。父母不在者は養育者。

② 「現在の状態」

入院中・施設入所中の場合は、「施設名」と「入所開始時期」も記載してください。
特別養護老人ホーム・障害者支援施設等の施設に入所されている方は、本手当の対象外となります。

③ 「障害・疾病」(難病)

特定医療費(指定難病)医療受給者証(もしくは臨床調査個人票)・小児慢性特定疾病医療受給者証(もしくは医療意見書)等対象疾病に罹患していることがわかるものの写しを添付。

④ 「保護者又は扶養義務者」

20歳未満の難病患者の場合は、主たる生計の維持者を記入。その他は記入不要。

※「主たる生計維持者」とは父母のうち恒常的に所得の高い方。

「生計関係」
請求者が父母の場合は「同一」、父母不在の場合で養育者の場合は「維持」に○。

「監護の有無」
同居・別居を問わず、児童を監護(監督・保護)している場合「有」に○。

⑤ 「振込先」(口座)

難病患者本人口座を記入してください。
振込先口座・支店名・口座番号等が確認できる通帳やキャッシュカード等の写しを添付してください。
※保護者等の口座は指定できません。

申請事由	1.新規 2.転入 3.施設等の退所 4.その他()
前住所 (2年以内の転入の場合)	(年 月 日転入)
現在の	② ①在宅 2.施設等入所中(入所施設等名称 年 月から) 3.その他()
障害・疾病	身体障害者手帳 級 都道府縣市 第 号 交付 年 月 日 障害名
	愛の手帳(療育手帳) 度 都道府縣市 第 号 交付 年 月 日
	精神障害者保健福祉手帳 級 都道府縣市 第 号 交付 年 月 日 有効期限 年 月 日
	難病 疾病名 ③ ファロー症候群 有効期限 令和5年3月31日

保護者 又は 扶養義務者 (障害者・難病患者が 20歳未満の場合)	フリガナ	スギナミ イチロウ	住所	(同居・別居) 別居の場合は住所を記入 下
	氏名	杉並 一郎	続柄	父・母・その他()
	生年月日	昭和**年 *月 *日	生計関係	同一 維持
			監護の有無	有・無

支給額については、下の銀行等口座にお振込みください。 ※各種手当・電話料助成を申請する場合

金融機関	0 1 2 3	銀行・農協 信用金庫 信用組合	0 1 2	支店	口座種別
⑤	杉並		阿佐谷		普通・当座
口座番号	0 1 2 3 4 5 6	フリガナ	スギナミ タロウ	氏名	杉並 太郎
		口座名義人			

※2.障害手当の場合は保護者の口座を記入してください。