

特定疾患福祉手当受給資格認定申請書

特定 疾患 名	氏名		生年月日	T S H	年	月	日
	住所	芳賀町大字	電話	-	性別	男・女	
	特定 疾患名		発病		年	月	日
保 護 者	氏名		生年月日	T S H	年	月	日
	住所	芳賀町大字	電話	-	患者との続柄		

芳賀町特定疾患福祉手当支給条例施行規則第2条に基づき、上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
申 請 者  
氏 名

印

芳賀町長 様

振込希望金融機関名	銀行 農協 信組	支店 支所 支店	口座番号	
ふりがな				
名 義				