

様式第1号（第6条関係）

見本

市川市難病患者等福祉手当認定請求書

〇〇年 〇月 〇日

市川市長

申請者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名 〇〇 〇〇（続柄 〇〇）
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

市川市難病患者等福祉手当の受給資格の認定を受けたいので、下記により関係書類を添えて、請求します。

記

難病患者等	フリガナ	〇〇 〇〇
	氏名	〇〇 〇〇
	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	病名	〇〇〇〇〇