

様式第1号（第4条関係）

阿賀町小児慢性特定疾病児童等養育手当支給申請書

年 月 日

阿賀町長 様

1 養育者

住 所			
氏 名	(児童との続柄)		
	(連絡先)		
金融機関名	銀行・農協		
	信組・信金		支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

2 養育している児童

フリガナ			
氏 名			
生年月日	年 月 生		
事 由	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病児童（ <input type="checkbox"/> 重症患者基準該当） <input type="checkbox"/> 重症心身障害児童		

阿賀町小児慢性特定疾病児童等養育手当を核のとおり申請します。

また、支給要件を審査するため、貴職が世帯の状況に係る住民基本台帳等の公募の閲覧を行うことに同意します。

年 月 日

申請者（養育者）氏名

3 添付書類

小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

重症心身障害児童であることが分かる書類