

医療的ケア児等福祉手当支給申請書兼同意書（兼現況届）

（あて先） 宇都宮市長

受給者番号



受給者名 （児童）	フリガナ 氏名			
	生年月日	H・R 年 月 日		
	住所 電話番号 <small>（日中連絡が可能なもの）</small>	宇都宮市  TEL — —		
（保護者又は成年患者） 申請者名	フリガナ 氏名		受給者との 続柄	
	生年月日	T・S・H 年 月 日		
	住所 電話番号 <small>（日中連絡が可能なもの）</small>	宇都宮市  TEL — —		
病名等				
該当するものに ☑	小児慢性特定疾病 医療受給の状況	<input type="checkbox"/> ① 小児慢性特定疾病医療費 受給資格あり 受給者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	医療的ケアの状況	<input type="checkbox"/> ② 小児慢性特定疾病医療費 新規申請中 <input type="checkbox"/> ③ 上記①又は②に該当しないが「医療的ケア」が必要である ⇒別紙「医療的ケア状況確認書」を合わせて提出して下さい。		
振込口座		銀行・信金 農協・労金	本店・支店 出張所・支所	種別  普通
※通帳の写し等(口座情報が確認できるもの)を添付して下さい。 ※受給者本人名義に限る		口座番号	名義人（カタカナ）	
上記のとおり、医療的ケア児等福祉手当の受給資格の認定を請求します。 また、宇都宮市が手当の支給判定のため必要な医療的ケアの状況や小児慢性特定疾病医療受給者証の交付状況の調査をすることに同意します。 令和 年 月 日 氏名				

【子ども政策課記入欄】

受付	入力	確認	審査内容
			<input type="checkbox"/> 口座名義人は受給者本人であること。（ゆうちょ銀行は口座番号に注意。）
			<input type="checkbox"/> 署名
			<input type="checkbox"/> 医療的ケア・小児慢性特定疾病医療受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 難病患者福祉手当の受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 心身障がい者福祉手当の受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 医療的ケア状況確認書の確認