

胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成対象申請書

（宛先）新潟市長

年 月 日

申請者 住 所 〒

氏 名

（ 助 成 対 象 者 と の 関 係

）

電 話

胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施要綱に基づく助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
	居住地 <small>（住所と異なる場合に記入）</small>	〒		
	送付先 <small>（住所と異なる場合に記入）</small>	〒		
障がい者手帳の有無と等級 <small>（有りの場合に記入）</small>	種類 <small>（○をつける）</small>	身体障がい者 手帳	精神障がい者保健 福祉手帳	療育手帳
	等級			

※添付書類関係

1. 身体障がい者手帳、療育手帳又は精神障がい者保健福祉手帳の写し
（交付を受けている場合のみ）
2. 申請者の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、障がい者手帳等）
3. 申請者と助成対象者が異なる場合は、委任状（別記様式第3号）