様式第1号(第2条関係)

年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

保護者　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

心身障害児福祉手当認定申請書

　身延町心身障害児福祉手当の受給資格の認定について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | ②生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| ①受給資格者氏名 | 　 |
| ③保護者との続柄 | 　 | ④保護者と同居別居の別 | 同・別 |
| ⑤身体障害者手帳又は療育手帳の記載事項 | 手帳の番号及び交付年月日 | 第　　　　　号交付　　年　　月　　日 | 障害の程度 | 　 |
| ⑥支払方法 | 金融機関名 | 　 |
| 口座番号 | 普・当 | 口座名義 | 　 |
| 現金払 |

注　1　本人が自ら申請を行う場合は、保護者の印は必要ありません。

　　2　①から⑤の欄については、受給資格者のことを記入してください。