

日高市在宅重度心身障害者手当認定申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

日高市在宅重度心身障害者手当を受けたいので、次のとおり受給資格の認定の申請をします。

記

1 対象障害者

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
(ふりがな) ( ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
氏 名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
障害の状況 身体障害者手帳 障害名 \_\_\_\_\_  
身体障害者等級表による級別 1級・2級  
療 育 手 帳 障害の程度 ㊤・A  
そ の 他 \_\_\_\_\_

2 保護者 (上記1の者が未成年の場合のみ記入してください。)

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
(ふりがな) ( ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
氏 名 \_\_\_\_\_ 障害者との続柄 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_

3 口座振込先

振込先金融機関名 \_\_\_\_\_ (銀行・信用金庫・農業協同組合)  
\_\_\_\_\_ (本店・支店・出張所)  
種 別 普通・当座  
口 座 番 号 \_\_\_\_\_  
名義人 (ふりがな) \_\_\_\_\_