

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) _____