

在宅重度心身障害者手当支給申請書

年 月 日

杉戸町長 あて

申請者 住 所
(対象者)

氏 名

電話番号

杉戸町在宅重度心身障害者手当支給条例に基づく手当を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、手当の受給資格の認定及び支給決定のために、杉戸町長が以下の情報を確認することについて同意します。

- 1 対象者の住民基本台帳を確認すること。
 - 2 対象者の毎年度の住民税課税台帳を確認すること。
- なお、個人番号を利用して地方税関係情報を取得する場合も含む。

記

障 が い 者	住 所										
	フリガナ 氏 名	生 年 月 日									
	個人番号										年 月 日
	障 が い の 状 況	身 体 障 害 者 手 帳	(1 級 ・ 2 級) 再認定期日 年 月								
		療 育 手 帳	((A) ・ A) 再判定期日 年 月								
精神障害者保健福祉手帳		1 級 有効期限 年 月 日									
	そ の 他	超重症心身障がい児・その他()									
保 護 者	氏 名						障がい者との続柄				
備 考		転入の場合 本年1月1日の住所地 市区町村 前年1月1日の住所地 市区町村									

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・農協 本店・支店									
	口 座 名 義	フリガナ									
		名義人									
	口 座 種 類	普通・当座		口座番号							