様式第1号(第4条関係)

心身障がい者扶養共済制度掛金補助交付申請書

　年　　　月　　　日

住　　所　　粕屋町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

　　　　粕屋町長　様

　私は、粕屋町心身障がい者扶養共済制度掛金補助要綱に基づき、補助を受けたく申請します。

なお、世帯の所得状況については、地方税法に基づく課税台帳により確認されることを承認します。

　　　共済加入番号

　　　障がい者氏名

　　　障がい者住所

振込みは、下記の口座へお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店等名 | 種別 | 口座番号 | （フリガナ） |
| 口座名義人 |
|  |  |  |  |  |
|  |