様式第1号（第2条関係）

**心身障害者福祉手当交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）認定を受けようとする者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | 電話番号（　　　　）　　　－ | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）他制度の適用状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害年金、  特別児童扶養手当等の受給状況 | | | １．受給している | | | | | | | | | 年金等の種類 | | | | | | |
| ２．支給停止されている | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ３．申請中 | | | | | | | | | 証書記号番号 | | | | | | |
| ４．受給していない | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 身体障害者手帳の所有状況 | | | 1. あり 2. なし | | | 番号 | | | | 第　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| 等級 | | | | 級 | | | | | | | | |
| 障害名 | | | |  | | | | | | | | |
| （３）施設への入所状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．入所している　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．入所していない  （施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （４）その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関等 | |  | | | | | | | | | | | 支店名 | | |  | | |
| 種別 | | １．普通　　　２．当座 | | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | |
| 口座番号 | |  |  |  |  | |  |  | | |  | | 口座名義 | | |  | | |
| 私は、三股町心身障害者福祉手当支給条例（昭和56年三股町条例第10号）に基づく手当の交付を  受けたいので関係書類を添えて申請します。  　　　　　　年　　　月　　　日  申請者　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  三股町長様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊受付日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | ＊受付番号 | | | | |  | | | ＊支給額 |  |
| ＊認定却下 | 年　　月　　日 | | | | | | | | ＊備　　考 | | | | |  | | | | |

＊役場記入欄