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