

## 心身障害者手当支給申請書

年 月 日

(あて先)座間市長

申請者 住 所

氏 名

受給資格者との関係

電話番号

次のとおり申請します。また、この事務に必要な私達の市税等に関する調査をすることに同意します。

受給資格者	住 所					
	氏 名			電話番号		
	生年月日	年	月	日	生まれ (満	歳)
身体障害者 手 帳	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級					
	都 道 府 市 第 号	年 月 日交付				
療 育 手 帳	<input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2					
	都 道 府 市 第 号	年 月 日交付				
精 神 保 健 福 祉 手 帳	<input type="checkbox"/> 1 級					
	都 道 府 市 第 号	有効期限 年 月 日				
児童相談所 又は 知的障害者更生相談所の判定		知能指数	年 月 日判定			
他手当受給状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 神奈川県在宅重度障害者等手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当					
振 込 先	金融機関名			支店名		
	フリガナ				支店	1 普通 2 当座
	名義人氏名				口座番号	

障がい	年齢	在住	在宅	手当	所得