重度心身障害児福祉手当支給申請書

|  |  |
| --- | --- |
|  | ※証書番号第　　　号 |
| 保　　　　護　　　　者 | ふりがな氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住所 |  | 住民となった年月日 | 年　　月　　日 |
| 本籍 |  | 手当の取扱を希望する銀行 |  |
| 支給対象児童 | 保護者との居住関係 | 保護者との続柄 | 生年月日 | 年齢 | 身　　体　　障　　害 | 精神薄弱 |
| 手帳番号 | 等級 | 障害名 | 手帳交付年月日 |
| 氏名 |  |  |  | 年月日 |  | 号 |  |  | 年月日 | 重度中度 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |  |  | 年月日 |  | 号 |  |  | 年月日 | 重度中度 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |  |  | 年月日 |  | 号 |  |  | 年月日 | 重度中度 |
| 住所 |  |
| 　関係書類を添えて重度心身障害児福祉手当の支給申請をいたします。　　　　　　年　　月　　日請求者　氏名　　　　　　　　　印　（保護者）　　　　　　　　　　　　　五島市長　様 |