

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 月	年 日	年 月 日		
	住 所				住 民 と な っ た 年 月 日		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 弱	
氏名				年 月 日		手帳 番号	等 級	障 害 名	手帳交 付年月 日	重 度
住所				年 月 日		号			年月日	中 度
氏名				年 月 日		号			年月日	重 度
住所				年 月 日		号			年月日	中 度
氏名				年 月 日		号			年月日	重 度
住所				年 月 日		号			年月日	中 度
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 氏名 (保護者)</p> <p>五島市長 様</p>										