様式第1号(第2条関係)

障害児福祉年金支給申請書

　　年　　月　　日

　　瀬戸内市長　様

申請者又は保護者

住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話(　　　　)

　下記のとおり、瀬戸内市障害児福祉年金条例第4条の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害児 | 現住所 | 　 |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 　 |
| 障害程度 | 手帳種類 | 手帳番号 | 障害等級 |
| □　身体障害者手帳 | 第　　　　　号 | 1・2・3・4級 |
| □　療育手帳 | 第　　　　　号 | A・B |
| □　精神障害者保健福祉手帳 | 第　　　　　号 | 1・2級 |
| 障害児が本市に居住を開始した日 | 　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関の名称 | (　　　)銀行・信用金庫・農協(　　　)支店・支所 |
| 預金の種類・口座番号 | 普通当座 | 預金 | 口座番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ふりがな | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※　審査 | 　 |

　　添付書類　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し