

受付印

松本市心身障害者福祉手当認定申請書

障害者	フリガナ				大正				
	氏名				生年月日	昭和	年	月	日
	住所	(TEL)				個人番号			
	障害程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A1 A2		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		1級	2級	
	在宅の状況	1 在宅しています 2 施設に入所しています (年 月 日から に) 3 病院等に入院しています (年 月 日から に)							
	他の手当の受給状況	1 受給しています 手当の種類 () 2 支給停止されています () 3 申請中です 記号番号等 () 4 受給していません							
保護義務者	フリガナ				大正				
	氏名				生年月日	昭和	年	月	日
	住所					続柄			
振込先口座	金融機関	銀行 金庫 本店				農協 信組 支店 支所			
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	店番号	フリガナ				
	口座番号					名義人			
上記により心身障害者福祉手当の受給資格の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 住所 氏名 (宛先) 松本市長 (障害者との続柄)									

※1 保護義務者とは、後見人、配偶者又は扶養義務者で、心身障害者と生計を一にし現に介護している方です。

※2 申請する際は、障害程度を確認できるもの(身体障害者手帳等)、支給停止通知書(国の手当が支給停止されている方)及び個人市町村民税が課税されていないことわかる書類(市町村民税非課税証明書等、1月2日以降に転入された方)を添付してください。

同意書

松本市心身障害者福祉手当を申請するにあたり、今後受給資格を審査する際、申請事項及び私の所得について資格を喪失するまで課税台帳等の公簿を閲覧し、調査することに同意します。

年 月 日

(宛先) 松本市長 氏名

決裁欄	次のとおり決定してよろしいでしょうか。			係	係長	課長
	認定					
	却下	理由		決裁日		