第１号様式（第３条関係）

在 宅 障 害 者 福 祉 手 当 受 給 申 請 書

年　　月　　日

（宛先）

秦野市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　 |  | 住　所 |  |
| 申請者 |  | 氏　名　　　 | 　　　　　　　　　　　　 |
|  |  | （受給対象者との続柄　　　　　　）電　話　 |

 次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給対象者 |  | ※申請者が受給対象者と異なる場合のみ記載 | 住所 | ※申請者が受給対象者と異なる場合のみ記載 |
| 生年月日 | 　　　年　　 月　　 日生 | 住民となった日 | 左に同じ | ・　　年　 月　 日 |
| 申請者が受給対象者と異なる場合の受給対象者の連絡先（電話番号等） |  |
| 障害の区分 | 身体障害 | 交付年月日　　 年　　月　　日 | 神奈川県　第　　　　　　　号等級　　　級 |
| 知的障害 | 児童相談所判定・知的障害者更生相談所判定判定年月日　　 年　　月　　日 神奈川県　 第 号Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２（ＩＱ　　　　 ） |
| 精神障害 | 交付年月日　 　 年　　月　　日　　神奈川県 第　　　　　　　号有効期限　　　 年　　月　　日　　等級　　　１級・２級 |
| 受取方法 （口座振込） | 銀行・金庫農協・組合 | 支店支所 |
| 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　義　人（カタカナ） |  |
| ※調査 | 整理番号 |  |
| 福祉事務所への登録 | 有 無　　　　ＩＱ　　　新規・転入 |
| 精神障害者の在宅及び入院・施設入所等の状況 | 在宅病院名・施設名(　　　　　　　　　　　　　　 )　　年　　　月　　　日から入院・入所 |
| ※処理欄 | 支 給 開 始 年 月 日 | 年 月 日 |
| 本年度支給額 |  ９月期　　　　　　円（ か月分） |
| ３月期　　　　　　円（ か月分） |
| 認定番号 |  |

注　※欄は記入しないでください。