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。