

在宅障害者福祉手当認定申請書

障 害 者	氏名	生年月日		年	月	日	
		個人番号					
	住所				性別	男	女
	障害程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級	療育手帳	A1	A2	
				( )	B1	B2	
			I Q				
施設入所の有無	無 有 (入所施設名: )						
扶 養 義 務 者 等	氏名	障害者との続柄					
		個人番号					
	住所						
手当の代理受領	無 有 (理由: )						
支払希望			口座番号				
金融機関			口座名義人				
<p>愛川町在宅障害者福祉手当条例の規定により、福祉手当の認定を受けたいので申請します。また、福祉手当の支給に関する事務を行う町が、手当の受給資格認定を行うために必要な範囲で、受給資格者及びその配偶者・扶養義務者の所得状況を確認することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>愛川町長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>							
※ 処 理	受付年月日	認定・却下年月日		福祉手当決定額			
	・	・	認定 却下	年額	円		

- 身体障害者手帳、療育手帳若しくは知能指数を判定する証明書又は精神障害者保健福祉手帳を添えてください。
- ※印欄は、記入しないでください。