

起案 令和 · ·	決裁 令和 · ·	施行 令和 · ·
各務原市障害児福祉手当の支給について、下記のとおり申請がありましたので手当の支給を次のように決定してよろしいか。		
審 査	決 裁	所 長 次 長 課 長 係 長 係 員 起案者
認定・却下		

第1号様式

各務原市障害児福祉手当受給資格認定請求書

令和 年 月 日

(あて先) 各務原市福祉事務所長

〒

申請者 住 所 各務原市
氏 名
電 話

—

関係書類を添えて、各務原市障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。なお、認定にあたり、私の世帯の税務資料等の閲覧について承諾します。

障 害	住 所	各務原市		
	氏 名	保護者との 続 柄		
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
児	就学(園) の状況			
	障害の 状況等	身体障害者手帳 () 級 療育手帳 A ₁ A ₂ B ₁ 精神障害者保健福祉手帳 級	県第 県第 県第	号 号 号
		次期判定 年 月 日		
保 護 者	住 所	各務原市		
	氏 名			性 別
	生年月日	年 月 日	男・女	
振 込 先	信用金庫 銀行・農協 信用組合	普通 支店 支所	口座番号	口座名義人

添付書類 手帳の写し 通帳の写し