

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	所 長	次 長	課 長	係 長	係 員	起案者
認定・却下	裁						

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

添付書類 ☐手帳の写し ☐通帳の写し