

様式第1号(第3条関係)

年　月　日

阿見町長 殿

住所

氏名

在宅心身障害児福祉手当認定申請書

下記のとおり在宅心身障害児福祉手当の認定を受けたいので申請します。

記

障 害 児	住 所				
	氏 名		性 別		生年月日
	学 歴	() 卒・中退 不就学 未就学			
障害の状況	障 害 名		知能指數	級	
	障 害 の 程 度				
※この欄は、 相談所または福祉事務所で記入すること。					
特記事項 障害の状況は上記のとおりであります。 年 月 日					
保 護 者	住 所				
	氏 名		性 別		
	生年月日		障害児との続柄		
備 考					

<同意欄>

受給者要件確認のため、住民基本台帳及び障害の状況について、町が関係台帳等を閲覧又は調査することに同意します。

保護者氏名 _____