

様式第1号（第3条関係）

在宅心身障害者福祉手当認定申請書

年 月 日

（宛先）狭山市長

住 所

氏 名

電 話

在宅心身障害者福祉手当の受給資格の認定について、関係書類を添えて（新規・更新）申請します。

ふりがな 障害者氏名	生年月日		年 月 日 ( 歳)		
	個人番号				
障 害 の 状 況  □別紙のとおり	身 体 障 害 者 手 帳	障 害 名			
		身障手帳番号	県 第 号		
		障 害 の 程 度	1 級    2 級    3 級		
	療 育 手 帳	療育手帳番号	埼玉県 第 号		
		障 害 の 程 度	Ⓐ    A    B    C		
	精 神 保 健 福 祉 手 帳	精神手帳番号	県 第 号		
		障 害 の 程 度	1 級		
そ の 他	各手帳の有期 無 ・ 有 ( 年 月 ) 住民税の状況 課税 ・ 非課税				
振 込 口 座  □次のとおり (本人名義) □別紙のとおり	銀行・農協		本店		
	信金・金庫		支店		
	普 通	口 座 番 号		口座名義 (カタカナ)	
転 入 日	年 月 日				
在宅要介護高齢者介護手当受給の有無 ※65歳以上の方は、ご記入ください。			有 ・ 無		