

受付 年 月 日

障害児福祉手当 認定請求書													
認定を受けようとする者	(フリガナ)												
	氏 名												
	生 年 月 日	年	月	日	満 歳								
	住 所	都城市											
個 人 番 号													
他制度の適用状況	特別児童扶養手当障害基礎年金等の受給の状況	1 受給している		2 支給停止されている		3 申請中		4 受給していない		年金等の種類 () 証書記号番号 ()			
	身体障害者手帳の所有状況	1 有		番号 () 等級 () 障害名		2 無							
施設への入所状況		1 入所している ()		2 入所していない									
そ の 他													
支 払 希 望 金 融 機 関		銀行 信用金庫 ()		本店 支店 出張所		普通 当座 ()		口座番号					
		ゆうちょ銀行		記号				番号					
		口座名義人 (カナ)											
関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。													
年 月 日 氏名													
都城市福祉事務所長 宛て													
※ 認 定 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月)				※ 備 考								

◎字は楷書ではっきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。