様式第１号（第２条関係）

重度心身障害者福祉金給付申請書

　（宛先）　安曇野市長

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

氏　名

電話番号

対象者との続柄（　　　　　）

　安曇野市重度心身障害者福祉金の給付を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給　付対象者 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 安曇野市 |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 該当要件 | * 20歳未満
 | * 身体障害者手帳（１級・２級・３級）を

所有している |
| * 療育手帳を所有している
 |
| * 特別児童扶養手当受給対象児童である
 |
| * 20歳以上
 | * 精神障害者保健福祉手帳（１級・２級）を

所有している（有効期限：　　　年　　　月末） |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 口座種類 | 普通　・　当座 |
| 支店・支所 |
| フリガナ |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |