

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	<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級・3級）を所有している		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳を所有している		
		<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給対象児童である		
	<input type="checkbox"/> 20歳以上	<input type="checkbox"/> 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	支店・支所	口座種類	普通 ・ 当座
	フリガナ		口座番号	
	口座名義人			