

心身障がい者福祉扶助料認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

(申請者) 住所 岡崎市

氏名

個人番号

電話 - -

(提出者) ☐ 本人 ☐ 本人以外(続柄)

氏名

次のとおり、心身障がい者福祉扶助料の認定を申請します。また、岡崎市が岡崎市心身障がい者福祉扶助料条例第5条に基づき扶助料の支給を決定するため、今後、私の所得及び地方税に関する資料情報が必要な時は、各関係機関に調査・照会・閲覧を求めることに同意します。

対 象 障 が い の 程 度	氏 名							
	生 年 月 日		年 月 日生 (歳)					
	障 が い の 程 度	身体障がい者 手 帳	手帳 番号	号	手帳交付 年 月 日	年 月 日	等 級	種 級
		精神障がい者 保健福祉手帳	手帳 番号	号	手帳交付 年 月 日	年 月 日	等 級	級
		療 育 手 帳	手帳 番号	号	手帳交付 年 月 日	年 月 日	判 定	判定
支 払 希 望		銀 行 本 店 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 支						
金 融 機 関		☐ 普通預金		口座番号				
		☐ 当座預金		口座名義 (カタカナ)				
添 付 書 類								

