

重度障害者等福祉金支給申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 受給対象者との続柄 _____

次のとおり重度障害者等福祉金の支給を申請します。

なお、以後重度障害者等福祉金の支給に関し所得等の確認が必要な場合は、担当職員が市民税課税台帳等により確認することを承諾します。

受給対象者の氏名							
重度障害者等の区分		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級又は2級）所持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A判定又はB1判定）所持者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級又は2級）所持者 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給資格者から監護又は養育を受けている障害児					
30日以上の入院の有無 (令和3年10月1日～令和4年9月30日)		<input type="checkbox"/> 有（入院期間がわかる書類（領収書等の写し）を添付） <input type="checkbox"/> 無					
振 込 先	<input type="checkbox"/> 以前に重度障害者等福祉金が生じた口座に振込みを希望する。						
				銀行		支店	
	<input type="checkbox"/> 次の口座に振込みを希望する。						
	金融機関名		銀行 信金 農協		支店名 <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入してください。</small>		本店 支店
	金融機関コード		口座番号		支店コード		
預金の種別		1.普通 2.当座	口座番号				
口座名義 (カタカナ)							

備考

- 該当する□には、レ印を記入してください。
- 重度障害者等であることを証明する書類を添付してください。

障害福祉課記入欄

区	住	非	入
---	---	---	---