様式第１号

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。

フリガナ	
受給対象者の氏名	
重度障害者等の区分	☐ 身体障害者手帳（１級又は２級）所持者 ☐ 療育手帳（Ａ判定又はＢ１判定）所持者 ☐ 精神障害者保健福祉手帳（１級又は２級）所持者 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者 ☐ 特定疾患医療受給者 ☐ 小児慢性特定疾病医療受給者 ☐ 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４年１０月１日～令和５年９月３０日）	☐ 有（入院期間がわかる書類（領収書等）を添付） ☐ 無

振込先	☐ 以前に重度障害者等福祉金が支給された口座に振込みを希望する。											
		銀行							支店			
	☐ 次の口座に振込みを希望する。											
	金融機関	金融機関名	銀行 信金 農協				支店名 ※ゆうちょ銀行の場合は、３桁の店番を記入してください。		本店 支店			
		金融機関コード					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

１　該当する☐には、レ印を記入してください。

２　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