

大洗町長 様

申請者 住所  
 氏名  
 障害児との続柄 ( )  
 電話番号

大洗町在宅障害児福祉手当認定申請書

在宅障害児福祉手当の認定を受けたいので、大洗町在宅障害児福祉手当支給条例施行規則第 2 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

在宅障害児	住 所					
	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	学 校 ・ 施 設 名	学校 ( 年 ) ・ 未就学 ・ その他 ( )				
	通学手段	スクールバス ・ 自家用車 ・ 公共交通機関 ・ その他 ( )				
他制度の適用状況	障害児福祉手当の受給状況	1 受給している 2 申請中 3 受給していない				
	身体障害者手帳の所有状況	1 あり 2 なし	番 号 ( )			再 認 定 年 月
	療育手帳の所有状況	1 あり 2 なし	番 号 ( )			次回判定年月 年 月
	精神障害者保健福祉手帳の所有状況	1 あり 2 なし	番 号 ( )			有効期限 年 月 日
施設への入所状況	1 入所している ( ) 2 入所していない					
保護者の金融機関口座	銀行 ・ 金庫 ・ 組合 本 ・ 支店 普通 ・ 当座 口座番号 ( ) 口座名義 ( )					
添付書類	・ 身体障害者手帳，療育手帳，精神障害者保健福祉手帳の写し ・ 預金通帳の写し					