様式第1号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受理No. | 受理日 |
| 決定No. | 決定日 |

いの町心身障害児福祉年金受給申請書

　　年　　月　　日

　　いの町長　　　　様

住所　　吾川郡いの町

氏名　　　　　　　　　　印

　いの町心身障害児福祉年金条例第3条の規定に基づき、心身障害児福祉年金の支給を受けたく申請します。

　私は、この申請に関して私の住民基本台帳における世帯状況等について心身障害児福祉年金担当課長が調査を行うことに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 住所 |  | | 居宅・施設 | 施設名 |
| 障害区分 | 視覚　　聴覚　　言語　　肢体　　内部　　知的　　精神 | | | |
| 手帳番号 | 第　　　　　号 | | 障害等級 |  |
| 交付年月日 | 年　　月　　日交付 | | 判定所(知的) |  |
| 障害名(身体) | |  | | |

|  |
| --- |
| ※認定却下　　　　　　年　　月　　日 |

※印は記入しないこと。

申請書には次の書類を添付してください。

1　身体障害児童は、身体障害者手帳又は身体障害者福祉法による診断書

2　知的障害児童は、療育手帳又は児童相談所の判定所

3　精神障害児童は、精神障害保健福祉手帳又は精神保健及び精神障害福祉に関する法律による診断書

4　保護者が児童と同居する、しないにかかわらず、現に監護していることを明らかにできる書類(別紙1)

5　口座振替依頼書(別紙2)