

江戸川区心身障害者福祉手当認定申請書

江戸川区長 殿

年 月 日

上記福祉手当の受給資格の認定を申請します。
 なお、認定等のため課税台帳等の公簿により確認されることに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日			
	氏名			年 月 日生		
	個人番号		電話	()		
	住所	江戸川区				

保護者	申請者が未成年のため、私の所得を課税台帳等の公簿により確認されることに同意します。(20歳未満の方)						
	氏名	_____	印	続柄	_____	個人番号	_____
	氏名	_____	印	続柄	_____	個人番号	_____

障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 総合等級 _____ 級	交付年月日	_____	年	_____	月	_____	日
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 _____ 度	交付年月日	_____	年	_____	月	_____	日
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級	交付年月日	_____	年	_____	月	_____	日
	<input type="checkbox"/> 進行性筋萎縮症							
	<input type="checkbox"/> 脳性まひ							
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)							

振込先	フリガナ						
	氏名						
	金融機関	銀行	信用金庫	信用組合	支店	店番	_____
					口座番号	_____	

資格	所得	適 ・ 否 (_____)					
	施設入所	無 ・ 有 (施設名・所在地: _____)					
前住所備考	前住所	(江戸川区民となった日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)					
		(宛名番号 _____)					

認定	年 月 日	支給開始	年 月	認定番号	No.
却下 支給停止	理由				