

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。

請求者	フリガナ			
	氏名			生年月日
	個人番号			年 月 日生
	住所	江戸川区		

保護者	請求者が未成年のため、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。			
	氏名	印	続柄	個人番号
	氏名	印	続柄	個人番号

障害	○身体障害者手帳	総合等級	級	交付年月日	年	月	日
	○愛の手帳		度	交付年月日	年	月	日
	1	進行性筋萎縮症					
	2	脳性まひ					
害	3	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	(江戸川区民となった日 年 月 日)	
備考	前住所 (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				