

別記様式第1号（第3条関係）

心身障害児福祉手当支給認定請求書

山口市長 様		認定番号	号
		受付番号	
		受 付	年 月 日
住所 山口市亀山町2番1号 請求者 氏名 山 口 太 郎 印 S 6 3 年 1 月 5 日生 電話番号 0 8 3 （ 9 3 4 ） × × × × 心身障害児福祉手当の支給を受けたいので関係書類を添えて請求します。			
(ふりがな)	やまぐち いちろう ⑧		
児 童 氏 名	山 口 一 郎 H 1 8 年 1 月 1 0 日生 女		
児童との関係	(続柄等) 父		
障 害 の 程 度	身体障害	身体障害者手帳番号第 山第 1 2 3 4 5 号 障害等級 1 級	
	知的障害	障害名 肢体不自由	
		療育手帳 A	
		療育手帳 ⑨	
備 考			

受付日を記入（職員）

児童が所有している手帳について記載する。

（注） 1 障害の程度は、身体障害は身体障害者手帳によって記入し、知的障害の程度は判定書によって記入してください。

2 添付書類

- （1）身体障害者手帳の写し、療育手帳の写し
- （2）保護者以外のものが児童を扶養しているときは受給資格申立書及び民生委員児童委員調査書

3 振込口座

- （1）振込金融機関名（ ○○銀行、○○支店 ）
- （2）口座番号 （（普） 0 1 2 3 4 5 6 ）
- （3）口座名義 （ ヤマグチ タロウ ）

支店名が未記入の場合があるので要注意

※請求者と口座名義は同一人物とすること。