

様式第 1 号 (第 3 条関係)

心身障害者福祉手当支給 (変更) 申請書					年 月 日	
別府市長 あて						
(申請者) 住 所						
氏 名					印	
障害者との関係						
電話番号						
次のとおり申請します。						
手当の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉手当	<input type="checkbox"/> 知的障害者福祉手当	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手当			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉タクシー手当	<input type="checkbox"/> 知的障害者福祉タクシー手当	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉タクシー手当			
障 害 者	ふりがな		男 ・ 女	個人番号		
	氏 名			生年月日		
				電話番号		
	住 所					
振 込 先	金融機関名	銀行・信金 農協・信組			本店 支店	
	口座番号	(普通・当座)				
	口座名義(カナ)					
提 示 書 類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	第	号	級	手帳 交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	第	号	級	手帳 交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健 福祉手帳	第	号	級	手帳 交付日	年 月 日
同 意 欄	支給の制限の調査に当たり、担当職員が市民税課税台帳その他必要な書類を閲覧することに同意します。					
	障害者氏名 _____ 印					
	(注) 代筆の場合は、次の欄に代筆者の署名押印をしてください。					
代筆者氏名 _____ 印						
障害者との 関 係 _____						
上記申請に基づき調査の結果、次のとおり決定いたしたい。						
決 裁 欄	課 長	補 佐	係 長	係	通知日	・
					決裁日	・
					起案日	・
決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 支給する	手 当 の 種 類	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉手当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 児童	手当の額	
	<input type="checkbox"/> 支給しない		<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉タクシー手当			
		<input type="checkbox"/> 知的障害者福祉手当	円			
		<input type="checkbox"/> 知的障害者福祉タクシー手当				
		<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手当				
		<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉タクシー手当				
処 理 欄	住民票	障害者が住所を定めた日			年 月 日	
	台帳	調査確認事項				