

年 月 日

射水市長

住 所 射水市

(申請者)

氏 名

印

心身障害者（児）福祉金支給申請書

射水市障害者（児）福祉金条例第3条により、障害者福祉金の支給を受けたいので申請いたします。

支給対象者	氏名					生年月日	年 月 日		
	個人番号								
	等級	身体障害者手帳	1級	2級	3級	4級			
		療育手帳	A	B					
		精神保健福祉手帳	1級	2級	3級				
世帯の状況	氏名	続柄	個人番号						

上記申請の射水市障害者福祉金を次の口座に振込みして下さるよう依頼します。

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 支店							
		農協 労働金庫 出張所							
	預金口座	普通 当座	口座番号						
		右づめで記入							
	口座名義人	フリガナ							

私は、射水市中心身障害者（児）福祉金支給申請に当たり、支給認定の際に必要な所得及び課税情報について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。

申請者氏名

印

※申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。