

心身障がい者福祉扶助料認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

(申請者) 住所 岡崎市 _____

氏名 _____ (印)

個人番号 _____

電話 _____ - _____

(提出者) 本人 本人以外(続柄 _____)

氏名 _____

次のとおり、心身障がい者福祉扶助料の認定を申請します。また、岡崎市が岡崎市心身障がい者福祉扶助料条例第5条に基づき扶助料の支給を決定するため、今後、私の所得及び地方税に関する資料情報が必要な時は、各関係機関に調査・照会・閲覧を求めることに同意します。

対 象 障 が い 者 程 度	氏 名						
	生 年 月 日		年 月 日生 (歳)				
	障 が い の 程 度	身体障がい者 手帳	手帳 番号	号	手帳交付 年月日	年 月 日	等 級
	精神障がい者 保健福祉手帳	手帳 番号	号	手帳交付 年月日	年 月 日	等 級	級
	療育手帳	手帳 番号	号	手帳交付 年月日	年 月 日	判 定	判定
支 払 希 望		銀 行 本 店 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 支					
金 融 機 関		<input type="checkbox"/> 普通預金		口座番号			
		<input type="checkbox"/> 当座預金		口座名義 (カタカナ)			
添 付 書 類							

番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号の記載された住民票の写し・なし
身元確認	個人番号カード・運転免許証・障がい者手帳（顔写真あり）・パスポート・次のものから2つ（健康保険証・介護保険証・障がい手帳（顔写真なし）・年金手帳・医療受給者証・特別児童扶養手当証書・その他（ ））

※確認した書類に丸をつけてください。