

第1号様式（第2条関係）

在宅障がい者福祉手当支給（変更）申請書

年 月 日

逗子市長

住所  
申請者  
氏名

次のとおり（新規・変更）申請します。

支給要件確認に当たり、年度以降の対象者本人又は保護者の所得状況及び施設等への入所状況の確認に同意します。

対象者	住所					(ふりがな) 氏名				
	生年月日	年 月 日				申請者 との続柄				
	個人番号									
保護者	(ふりがな) 氏名					個人番号				
知的障がい者		身体障がい者				精神障がい者				
手帳番号		手帳番号				手帳番号				
交付年月日		交付年月日				交付年月日				
障害等級		障害等級				障害等級				
		腎臓機能障害に係る血液透析の有無								
		有 ・ 無								

上記に関する在宅障がい者福祉手当を次の口座に振り込んで下さい。

口座 振込 依頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種 目	1 普通 2 当座 3 その他			
			口 座 番 号				
	金融機関コード	店舗コード					
	フリガナ						
	口座名義人						