様式第１号（第３条関係）

在宅重度心身障害者手当支給申請書

年　　月　　日

ふじみ野市長　宛て

申請者　住　　所
氏　　名
（対象者との続柄）
電話番号

下記のとおり、ふじみ野市在宅重度心身障害者手当支給条例による手当の支給を受けたいので申請します。

記

障害者	住　　所			
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	障害の状況（該当する等級に○をつけてください。）	身体障害者手帳	１級　・　２級	
		療育手帳	Ⓐ　・　A	
		精神障害者保健福祉手帳	１級	
		その他		

振込先金融機関

金融機関名		支店名			店番			
フリガナ 口座名義人		預貯金種別	普通 当座	口座番号				

同　意　書

１　在宅重度心身障害者手当の受給確認及び支給のため、私の住民基本台帳、課税台帳、行政手続における特定個人を識別するための番号の利用等に関する法律における個人番号等を閲覧すること。

２　ふじみ野市在宅重度心身障害者手当支給条例第３条第２項第１号に規定する施設への入所状況について、関係部署に照会し確認すること。

氏名　　㊞

個人番号