

在宅重度心身障害者手当受給資格認定申請書

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

住 所  
氏 名

㊟

在宅重度心身障害者手当支給条例による受給資格の認定を受けたいので申請します。（併せて、在宅重度心身障害者手当支給条例第2条第5号若しくは第6号又は第3条第1項第2号ただし書に規定する障害の状態にある旨の認定を申請します。）

記

障 害 者	住 所												
	氏 名												
	個 人 番 号												
	性 別					生 年 月 日	年 月 日						
	害 者	障 害 の 状 況	身体障害者手帳		交 付 日	年 月 日							
					程 度	1級 ・ 2級							
		障 害 の 状 況	療育手帳		交 付 日	年 月 日							
			程 度	㊟ ・ A									
障 害 の 状 況		精神障害者保健福祉手帳		交 付 日	年 月 日								
				程 度	1級								
振 込 先	銀 行 信用金庫 農 協			支店	預 金 種 目	普通 ・ 当座							
	フリガナ												
	名 義 人												
備 考													
※ 障 害 認 定		認定する ・ 認定しない				※該当	条例第 条第 項 第 号 (ただし書)						

※の欄は記入しないでください。

同 意 書

私は、在宅重度心身障害者手当の受給資格の認定及び支給のため、私自身の課税台帳の情報を、鶴ヶ島市長が使用することに同意します。

氏名

㊟