

在宅重度心身障害者手当支給申請書

年 月 日

久喜市長 あて

〒

住所
申請者 氏名
対象者との続柄
連絡先

次のとおり久喜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。

対 象 者	住 所													
	氏 名													
	個人番号 (マイナンバー)													
	本年1月1日の住所	都道府県					市区町村			住所と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。				
	昨年1月1日の住所	都道府県					市区町村							
	生年月日	年			月			日						
	障 が い の 状 況	身体障害者手帳	都道府県					第			号			
		表による級別	1級・2級・3級			再認定			無・有			(年 月 日)		
		療育手帳	都道府県					第			号			
		障害の程度(総合判定)	①・A・B			合併障害			再判定			無・有 (年 月 日)		
	精神障害者保健福祉手帳	都道府県					第			号				
	交付日	年 月 日		有効期限			年 月 日		障害等級 1級					
施設入所	在 宅 ・ 入 所 ()													
入 院	在 宅 ・ 入 院 ()													
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・組合												
		本・支店												
	口座種別	普通・当座			口座番号									
	ふりがな													
	口座名義人													

個人情報使用同意欄

私は、手当受給のために、対象者及びその世帯全員の同意のもと、久喜市が保有する個人情報を得ること及び他の官公署から必要な年度の地方税に係る情報を得ることに、同意します・同意しません。(いずれかに○を付けてください。)

なお、同意した場合で、今後同意を取り消すときは、久喜市長に届出いたします。

また、同意しない場合は、住民票の写し(発行日から3か月以内のもの)及び前年の所得についての住民税課税・非課税証明書等を添付します。