

第1号様式(第3条関係)

阿賀野市知的障害児者手当支給申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者(扶養義務者)

住所

氏名

(障害者との続柄：)

次により、知的障害児者手当の支給を申請します。

障害者 (対象者)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		電話番号		
	療育手帳番号及 び程度	第 号 A・B		次回判定日	年 月 日
支払希望金融機関		銀行 支店		口座番号	
世帯の状況 (本人除く)	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

※ 審査結果	1 認定(年 月分から支給)
	2 不認定

備考

- 1 口座は対象者本人名義のものを記入すること。
- 2 続柄は対象者本人からのものを記入すること。