

千葉市心身障害者福祉手当支給申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者氏名

次のとおり申請します。

① 対象者（本人）について

| | | | |
|---|--|------------------|-------------------|
| フリガナ 氏 名 | | | 生年月日 年 月 日 |
| 住 所 | 千葉市 | | |
| 連絡先電話番号 | — — | 連絡先電子メール アドレス | @ |
| 身体障害者手帳の内容 | 県・市 第 号 種 級 交付年月日 年 月 日 | | |
| 療育手帳 の 内 容 | 第 号 程度 () 交付年月日 年 月 日 | | 手帳なし |
| 精神障害者 保健福祉手帳 の内容 | 県・市 第 号 級 交付年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日 | | |
| 精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けていることを根拠として心身障害者福祉手当の支給を受けるにあたり、当該手当の支給を受けている間、手帳の内容について千葉市が調査することに同意します。 氏名 (※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | |

② 支払希望金融機関（本人の口座）について

| | | | | | | | |
|-----------|--|-------|--|-----------|--|--|--|
| 金 融 機 関 名 | | 支 店 名 | | 預 金 の 区 分 | | | |
| 銀 行 | | 支店 | | 普 通 預 金 | | | |
| フリガナ | | | | 口 座 番 号 | | | |
| 名義人氏名 | | | | | | | |

※ 身体障害者手帳2級から6級の場合は、下記の証明も必要となります。

| | |
|-------------|--|
| 証 明 欄 | 上記対象者は、居宅においておおむね継続して6月以上ねたきりであり、食事、入浴、排便等日常生活のほとんどに介護を要することを証明する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 医 師 氏 名 (※) (※)医師本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
|-------------|--|