

千葉市心身障害児童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 対象児童について

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児童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 (※) (※)保護者がご記入ください。なお、手書きしない場合は、記名押印してください。

② 保護者について

フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所	千葉市		
電 話	1 自宅 2 その他 — —	対象児童 との続柄	<例> 父(長男)

③ 支払希望金融機関(保護者の口座)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 名義人氏名		口 座 番 号