

様式第1号(第4条関係)

心身障害者福祉手当認定申請書

年 月 日

豊後高田市長 様

住所

氏名

心身障害者との続柄()

次のとおり受給資格の認定を申請します。

障 害 者	氏 名		性 別	男 女	生年 月日	年 月 日
	住 所		施設又は学校 に入所(学)し ている場合		入所(学) 年 月 日	
	就 労 状 況				施設(学校)名	
	障 害 の 程 度	身体障害者 級 知的障害者	手 帳 交 付		年 月 日	
※ 障 害 区 分	区 分	障害程度	手 当 支 給 額			
	身 体 障 害 者	級	年 額	円		
	知 的 障 害 者		年 額	円		
※ 決 定 ・ 却 下	※ 決定	年 月 日	公	住民票照合済	印	
	※ 却下	年 月 日	簿	手帳照合済	印	

※欄には記入しないでください。

(注) 身体障害者手帳又は療育手帳を持参してください。