

様式第1号(第2条関係)

伊達市重度心身障害児福祉手当申請書

年 月 日

(宛名)伊達市長

申請者
住 所 伊達市 町 番地

氏 名

下記のとおり、伊達市重度心身障害児福祉手当を受けたいので申請します。

記

児 童 名	個人番号：						
住 所							
生 年 月 日	年	月	日	性別	男・女	続柄	
障がいの程度	身体障がい	手帳番号 () 号			種 級		
	知的障がい	手帳番号 号			A ・ B		
		児童相談所判定結果 重・中・軽			I Q		
手当の振込先							

※ 下記については、記入しないでください。

住民基本台帳	確認日	年	月	日
認定通知月日	年	月	日	認定番号