

様式第1（第2条関係）

高浜市障害者扶助料支給申請書

障害者	ふりがな				個人番号		
	氏名						
	住所						
	生年月日	年 月 日					
身体障害者手帳	級	手帳番号		手帳交付年月日	年 月 日		
知能程度	知能指数	手帳番号		手帳交付年月日	年 月 日		
精神障害者 保健福祉手帳	級	手帳番号		手帳交付年月日	年 月 日		
加算区分	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			<input type="checkbox"/> 視覚障害者（3級以上） <input type="checkbox"/> 障害児（18歳未満）			
支払希望金融機関	銀行 信用金庫 組合		店	種目	口座番号		
	金融機関コード		店舗コード	1 普通			
				2 当座			
				3 その他			
	フリガナ						
口座名義人							
<p>上記のとおり高浜市障害者扶助料の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 高 浜 市 長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 高浜市 町 丁目 番地</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>							
<p>私は、高浜市障害者扶助料支給条例第9条第2項に規定する所得を確認するため、市長が市県民税の賦課資料を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人氏名 印</p>							