

船橋市心身障害児福祉手当支給申請書

年 月 日

船橋市長 あて

保護者氏名

心身障害児福祉手当の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

保 護 者	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	(〒 -) 船橋市		
	電話番号	()	職 業	
心 身 障 害 児	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	船橋市	保護者との続柄	
	就学状況	未就学 就学猶予 就学免除 在学	学校名	
		学年	第 学年在学	
障 害 の 種 類	視覚障害 聴覚平衡機能障害 音声言語機能障害 肢体不自由 内部機能障害() 知的障害			
身 体 障 害 者 手 帳	療 育 手 帳			
種 級	総合判定			
年 月 日交付	年 月 日交付			
船橋市・千葉県・() 第 号	千葉県・() 第 号			
	判定機関 児童相談所			
振込依頼口座	銀行	支店	預金種類 普通 当座	口座番号

事務処理欄 障害児福祉手当の受給状況(有・無)

受 理	内容確認	入 力	入力確認