

# 記入例

※保護者の方は原則的に収入の一番多い方となります

様式第1号

〇〇年 〇〇月 〇〇日

船橋市長 あて

保護者氏名 **保護者の氏名**

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<br>護<br>者           | (フリガナ)<br>氏名 | フリガナ<br><b>保護者の氏名</b>  | 生年月日        | 〇年〇月〇日       |  |
|                       | 住所           | 船橋市 <b>湊町2-10-25</b>   |             |              |  |
|                       | 電話番号         | 047-〇〇〇-xxxx   | 職業          | 会社員          |  |
| 心<br>身<br>障<br>害<br>児 | (フリガナ)<br>氏名 | フリガナ<br><b>児童の氏名</b>   | 生年月日        | ×年×月×日       |  |
|                       | 住所           | 同上   | 保護者との続柄     | 長女           |  |
|                       | 就学状況         | 0:未就学 1:就学猶予 2:就学免除 3:在学                                     | 学校名         | 〇〇小学校        |  |
|                       |              |  | 学年          | 2年           |  |
|                       | 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 <b>肢体不自由</b><br>内臓機能障害( ) <b>知的障害</b> |             |              |  |
| 身<br>障<br>児           | 身体障害者手帳      | 療育手帳   |             |              |  |
|                       | 1種1級         | 総合判定   | Bの1         |              |  |
|                       | 〇〇年 〇月 ×日交付  |  | 〇〇年 〇月 ×日交付 |              |  |
|                       | 船橋市 第12345号  | 判定機関   | △△児童相談所     |              |  |
| 振込依頼口座                | 船橋銀行 船橋支店    | 預金種別   | 普通貯蓄        | 口座番号 1234567 |  |

保護者名義の口座

お持ちの手帳の内容を記載してください