

|    |    |      |    |    |   |
|----|----|------|----|----|---|
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
|    |    |      |    |    |   |

第1号様式 (第2条関係)

年 月 日

池田町長 殿

申請者 住所 池田町

氏名 印

電話番号

### 池田町障害者福祉給付金認定交付申請書

池田町障害者福祉給付金条例第4条により受給資格の認定を受けたいので  
下記のとおり申請します。

|   |      |          |  |                              |           |
|---|------|----------|--|------------------------------|-----------|
| 障<br>害<br>者   | 住所   | 池田町      |  | 性別                           |           |
|   | 氏名   |          |  | 保護者<br>との続柄                  |           |
|   | 生年月日 |          |  | 職業又は<br>学校名<br>施設名           |           |
| 保<br>護<br>者   | 住所   | 池田町      |  | 電話番号                         | TEL<br>有線 |
|   | 氏名   |          |  | 職業                           |           |
| 振込先金融機関名  |      | 本店<br>支店 |  | <input type="checkbox"/> 座種別 | 普通・当座・総合  |
| フリガナ<br><input type="checkbox"/> 座名義人                             |      |          |  | <input type="checkbox"/> 座番号 |           |
| 障<br>害<br>の<br>程<br>度   | 発行者  | 手帳交付年月日  |  | 障害程度                         | 手帳番号      |
|   | 岐阜県  |          |  |                              | 岐阜県第 号    |
| 認定給付金年額   |      |          |  | 世帯コード                        | —         |
| ① 振込口座は確認の上記入してください。<br>② 身体障害者手帳、療育手帳又は<br>精神障害者保健福祉手帳を提示してください。 |      |          |  | キーコード                        |           |

年 月 日転入 → 年 月 日より支給