

厚木市心身障害者福祉手当支給申請書兼同意書

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

私は、要綱の内容及び次の各条件について了承した上で、申請します。

1 受給資格者本人について御記入ください。太枠の中を御記入ください。

受給権者(手帳所持者)	住所											
	フリガナ											
	氏名											
	個人番号											
	生年月日											
	電話番号											
	手当区分 (該当に☑)	身体障害者手帳の等級	1級・2級		☐36,000円/年							
療育手帳の程度		知能指数50以下										
精神障害者保健福祉手帳		1級		☐26,000円/年								
身体障害者手帳		3級・4級										
療育手帳の程度		知能指数51~75										
精神障害者保健福祉手帳		2級										

2 上記1の申請に対して次のとおり口座振込を依頼します。

【口座振替依頼書】(あて先) 会計管理者

フリガナ	セイ											☐本人 ☐家族 (続柄:)
	メイ											
口座名義人												
金融機関	金融機関名(該当に☑)				支店名(該当に☑)				種別(該当に☑)			
	☐銀行 ☐金庫 ☐組合				☐本店(所) ☐支店(所) ☐出張所				☐普通 ☐当座			
	金融機関コード(4ケタ)				支店コード(3ケタ)				口座番号(右づめで記入)			

備考 同意書への同意がある場合は、市民税課税証明書の添付は必要ありません。

同意書	
私は、厚木市心身障害者福祉手当支給に係る審査に必要な障害者手帳の情報について確認すること及び受給資格状況の確認並びに個人番号を用いて市民税課税状況を確認することについて同意します。	
令和 年 月 日	受給権者氏名 _____

※以下について代理人申請の場合のみ御記入ください。

代理人氏名		対象者との続柄	
住所		連絡先	
送付先	☐本人宛 ☐代理人宛 (☐本手当の通知のみ ☐市からの送付物すべて)		

厚木市処理欄									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--