

(あて先) 厚木市長

代理申請も可能

届出者 住 所 **厚木市〇〇〇〇番地**
 氏 名 **厚木 太郎** 続柄 **父**
 電話番号 **〇〇〇-〇〇〇〇**携帯電話も可

1 次のとおり心身障害者福祉手当を申請します。

受給権者	住 所	厚木市〇〇〇〇番地											
	フリガナ	アツギ ジロウ											
	氏 名	厚木 次郎											
	個人番号 (マイナンバー)	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	生年月日	大正 昭和 平成・令和			〇〇年			〇月		〇〇日			
	障害程度	身体障害者手帳の等級						〇 級					
	療育手帳の程度						AO又はBO						
	精神障害者保健福祉手帳の等級						〇 級						

手帳の等級を記入

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

本人口座以外も登録可能

振込先	フリガナ	〇 〇 〇 〇 〇 〇											
	口座名義人	〇 〇 〇 〇											
	金融機関名	〇 〇 〇 〇			銀行 信用金庫・信用組合・労働金庫・農業協同組合								
	店舗名	〇 〇 〇			支店 支所・出張所			預金種別		普通		当座	
	支店番号	1	2	3	口座番号			1	2	3	4	5	6

該当する箇所を丸印で囲う

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 **厚木 次郎**
 (代筆者) **厚木 太郎**

上記の受給権者氏名を記入

- 備考 1 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。
 2 本人の合計所得金額が一定額以下のときは、税主管課への申告により、所得割と均等割が非課税となる場合があります。