

障害者(18歳未満も含む)の内容
について記載してください。

課長補佐

記入例

心身障害者福祉金支給申請書

障害者が18歳未満の場合は保護者の氏名・住所・続柄を記入してください。

フリガナ名	ムラカミ タロウ	生年月日	大正・昭和 平成・令和	45年 7月 12日
氏名	村上 太郎			
住所	村上市三之町1-1			
障害者手帳	1 身体障害者手帳 1 級	2 療育手帳 A・B	3 精神障害者 保健福祉手帳	級
	記号番号	123456	交付年月日	昭和 平成 50年 12月 31日

障害者が未成年者のときは次の欄を記入してください。

受給者	氏名		障害者との続柄	
	住所			

振込口座(障害者が未成年のときは保護者の口座)

金融機関名	〇〇	銀行・労金 信金・信組 農協・信連	村上支店
口座番号	普通 当座 1234567	フリガナ 口座名義	ムラカミ ハナコ 村上 花子

上記のとおり申請します。

令和5年 7月 〇日

振込先が申請者と違う場合は裏面の
委任状を記入してください。

申請者の住所・氏名を記入してください。

申請者

住所 村上市三之町1-1

氏名 村上 太郎

(電話 53-2111)

※受給資格確認欄(この欄は記入しないでください)

住所	手帳	住民税	年金	手当
該当・非該当	該当・非該当	非課税・課税	有・無	有・無
施設入所		入院		
している(施設名) していない		している(病院名) していない		

振込口座が受給者本人の名義と違う場合には、委任状が必要となります。

委 任 状

村 上 市 長 様

口座名義人の住所・氏名・押印

令和**5**年 **7**月 ○日

村上市心身障害者福祉サービスの支払いの受領に関して、次の者を代理人と認め、権限を委任します。

(受任者) 住所 **村上市三之町1-1**

氏名 **村上 花子**

村
上

(委任者) 住所 **村上市三之町1-1**

氏名 **村上 太郎**

村
上

申請者の住所・氏名・押印