

児童福祉年金支給申請書

令和 年 月 日
浅口市長 様

申請者住所 浅口市
氏 名

電話 (- -)

下記のとおり浅口市児童福祉年金の支給を申請します。

記

- 1 障害児童氏名
- 2 性 別 男 女
- 3 生 年 月 日 年 月 日
- 4 (1) 身体障害者手帳の番号及び障害等級
交付年月日 年 月 日 第 号 第 級
(2) 療育手帳の番号及び障害の程度
交付年月日 年 月 日 第 号 判定(A・B)
- 5 障害児童の住所
(施設名及び所在地)
- 6 障害児童との関係
- 7 申請者が浅口市へ居住を開始した年月日
年 月 日

注 身体障害者手帳又は療育手帳を提示すること。