

様式第1号（第3条関係）

佐倉市中心身障害児福祉年金支給申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所
保護者
氏名

私は、福祉年金の支給を受けたいので、佐倉市中心身障害児福祉年金支給条例施行規則第3条の規定により、関係書類を添えて申請します。

心 身 障 害 児	(ふりがな) 氏 名		続柄			
	生 年 月 日		年 月 日			
	住 所					
	就 学 状 況		未 ・ 猶 ・ 免 ・ 在		学校名	
	障 害 区 分		1 知的障害児 2 身体障害児 3 複合障害児			
障 害 の 状 況	知的障害児		療育手帳の等級		㊤・A1・A2・B1	
	身 体 障 害 児 (手帳の有無)	障害の等級		第 種 第 級		
		障害の区分		視・聴・肢・障害名		
		交付年月日		年 月 日		照合済
交 付 者 及 び 番 号		第 号				
振 込 先	金融機関名		支店名		口座番号	
	口座の種別 1 普通・2 当座		口座名義人（フリガナ）			
<p>本申請に当たり、私の世帯状況について佐倉市が公簿等により確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊤</p>						