

様式第1（第4条関係）																
										受 付		年 月 日				
愛知県特別障害者手当等 認 定 請 求 書																
年 月 日																
(宛先) 北名古屋市福祉事務所長 氏 名																
(電 話)																
関係書類を添えて、愛知県特別障害者手当等の受給資格の認定を請求します。																
個人 番号																
(ふりがな)																
氏名											生 年 月 日	元号	年	月	日	性別
																男 女
住 所	※ 住所 コード									(郵便番号 —)						
	市 区 町 村															
※	発行機関	手 帳 番 号			交 付 年 月 日				障 害 部 位 (主な部位1箇所のみ)							
身体 障害者 手帳					元号	年	月	日	視 聴 音 肢 内							
	等 級	再 認 定 期 月														
			年		月											
※	発行機関	手 帳 番 号			交 付 年 月 日				判定区分		再 判 定 期 月					
療育 手帳					元号	年	月	日	A B C			年		月		
※認定 年月日	年	月	日	※支給 開始月		年	月	※ 手 当 種 別			※		※			
								A B C			障害 区分		認定却下			
※	備考															

注：手当を支給する金融機関及び口座は、国制度の手当と同じとします。

- 注1. 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
注2. ※欄は記入しないで下さい。
注3. 字は楷書ではっきりと書いてください。