

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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																													
(ふりがな)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																													
氏名											生 年 月 日	元号	年	月	日															
住 所	※ 住所 コード	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																									(郵便番号 —)			
	市 区 町 村																													
※ 身体 障害者 手帳	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)																				
						元号		年	月	日	視 聴 音 肢 内																			
	等 級		再 認 定 期 月																											
			年		月																									
※ 療育 手帳	発行機関		手 帳 番 号			交 付 年 月 日				判定区分		再 判 定 期 月																		
						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。