

心身障害児童福祉年金受給資格認定申請書

年 月 日

(あて先) 津市長

申請者 (〒)
住所
氏名
電話番号

次のとおり心身障害児童福祉年金の受給資格の認定を申請します。

保 護 者	住 所						
	氏 名			対象児との続柄			
	生年月日	年 月 日					
対 象 児 の 状 況	ふりがな 氏 名			性 別	男 女		
	生年月日	年 月 日 (歳)					
	障害発生時期	1 出生時 2 出生后 (年 月ごろから)					
	就学の状況	学校 年在学卒業 就学猶予 不就学					
	障 害 の 状 況	身 体 障 害 事 者 項	障 害 名				
			等 級	種 級	手帳番号	県第 号	
			交 付 年 月 日	年 月 日			
		知 能 指 数 療育手帳(障害の程度)		判定年月日	年 月 日		

(注) 次の書類を必ず持参してください。

- 1 心身障害児童及び保護者の住民票の写し
- 2 身体障害者手帳若しくは療育手帳又は知的障害者更生相談所若しくは児童相談所の判定書

※自署の場合は押印不要です。