

様式第1号（第3条関係）

心身障害児（者）福祉手当 受給資格認定申請書

水戸市長 様

申請日	平成 年 月 日
住所	水戸市 電話（ ）
氏名	印 (自署の場合は、押印を省略できます。)
個人番号	

水戸市中心身障害児及び心身障害者福祉手当支給条例第3条の規定により、手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

※ 太枠のみ記入してください。

障害者氏名		生年月日	
居住開始年		続柄	
身体障害者手帳番号	第 号	等級	
療育手帳番号	第 号	程度	
精神障害者保健福祉手帳番号	第 号	等級	
障害名			
交付年月日		口座 金融機関	金融機関コード
保護者名		本(支)店	
		預金種目	普・当 口座番号

- ※添付書類 1 世帯全員の住民票の写し又は個人番号カード、在留カード若しくは特別永住者証明書の写し
1部
2 身体障害児及び身体障害者については、都道府県知事の発行する身体障害者手帳の写し
3 知的障害児及び知的障害者については、茨城県知事が交付した療育手帳の写し

認定 却下	認定年月日	支払開始年月	月 額	備考
	年 月 日	年 月		

口座振り込みに伴う委任状

わたくしは、指定職員を代理人と定め、次のことを委任します。

なお、この委任状にもとづき、指定職員が _____ **銀行・信組・信金・労金・農協** にある、受給者名義の 普通・当座 預金口座に振り込んだときは、同時に指定職員から福祉手当を領収したものと認めます。

記

- 福祉手当を水戸市長に請求し、同会計管理者から受領する一切のこと。
- この福祉手当 を _____ **銀行・信組・信金・労金・農協** にある受給者名義の預金口座に振り込むこと。

※ 委任期間は福祉手当受給期間とします。

水戸市長 様

平成 年 月 日

住所

氏名

印

※ 水戸市記入欄

<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 郵送		番号の確認	身元の確認	
確認者	受付 端末	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	以下の書類の場合は2つ必要 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	
		<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> その他 ()	
		取得なし	<input type="checkbox"/> 通知カードを持参せず、障害等により再来所が難しいため。 <input type="checkbox"/> 通知カードを受け取っていない。 <input type="checkbox"/> 番号の提供を拒否。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 代理人 ()		代理権の確認	① 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 () ② 任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 ③ ①②が困難である場合 <input type="checkbox"/> 対象者の健康保険者証 <input type="checkbox"/> 対象者の身体障害者手帳又は療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	