

重度心身障害児童福祉金所得等状況届

令和 年 月 日

いわき市長 様

住 所

届出者 氏 名

電話番号

受給対象児童	氏名	生年月日 年 月 日生				
	住所	いわき市				
	施設への入所状況 <input type="checkbox"/> 入所している。(施設名： 入所年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入所していない。					
	身体障害者手帳及び療育手帳の所持状況 <input type="checkbox"/> 持っていない。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている。(種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳を持っている。(<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B)					
家族の状況						
家族の氏名	生年月日	続柄	職 業 (学 年)	年分所得額	扶養親族数等	
対象児童	・ ・			円		
受給資格者	・ ・			円		
扶養義務者	・ ・			円		
	・ ・			円		
	・ ・			円		
	・ ・			円		

- 注意
- 1 太枠の中だけ記入してください。
 - 2 のある欄は、該当する箇所に \surd 印を付けてください。
 - 3 扶養義務者氏名欄には、受給者と同一世帯にある直系血族及び兄弟姉妹の氏名を記入してください。

特記事項

裏面もご記載ください

(裏 面)

個人情報の利用に係る同意書

私は、申請及び請求、若しくは現在受給中である 重度心身障害児童福祉金 に係る受給資格確認のために必要な情報に限り、受給資格者及び養育する障がい児童並びに扶養義務者の住民登録情報、所得及び市民税課税状況その他必要な情報について市が調査、照会、閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

(対 象 児 童) _____ (印)

(受 給 資 格 者) _____ (印)

(扶 養 義 務 者) _____ (印)

(扶 養 義 務 者) _____ (印)

(扶 養 義 務 者) _____ (印)

(扶 養 義 務 者) _____ (印)