

長沼町外国人高齢者・障害者福祉給付金支給申請書

申 請 者	住 所	長沼町 (☎ —)					
	ふりがな			ふりがな			
	氏 名	印	通 称 名				
			通称名は、郵便のあて名として希望する場合のみご記入ください。				
	生年月日	年	月	日生	性 別	男 ・ 女	
	国 籍			日本国籍取得年月日	年 月 日		
	外国人登録年月日	年 月 日					
	身体障害者手帳 及び療育手帳	交付年月日	年	月	日	番 号	第 号
		障害の程度	(身障手帳)		級	(療育手帳) A	
	障害の発生の原因となった傷病の初診日			年 月 日			
	生活保護受給の有無	有 (保護開始年月日 年 月 日) ・ 無					
	公的年金受給の有無	有 (名称 年額 円) ・ 無					
	その他の給付金等の 受給の有無	有 (名称 年額 円) ・ 無					
	前年の所得の状況	給 与 所 得	その他の所得	合 計	扶養親族等の数		
振込先	金融機関名	(銀行・金庫・組合) (本店・支店)					
	口 座	(ふりがな)	種 別	当 座 ・ 普 通			
	名 義	氏 名	口座番号				
(家族及び同居の親族)							
氏 名	生 年 月 日	続柄	同居・別居	住 所	職 業		
<p>上記のとおり、長沼町外国人高齢者・障害者福祉給付金支給要綱第5条の規定に基づき給付金の支給を申請いたします。</p> <p>なお、支給の決定に際し、外国人登録原票、課税台帳等により、調査確認されることを承諾いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>長沼町長 様</p> <p style="text-align: right;"><申請者> _____ 印</p>							

(添付書類)

- | |
|--|
| <p>1 所得証明書 (扶養親族の人数が記載されているもの)</p> <p>2 外国人登録証明書の写し (日本国籍取得者は住民票及び戸籍謄本)</p> <p>3 身体障害者手帳又は療育手帳の写し (重度心身障害者のみ)</p> <p>4 年金証書等の写し (公的年金受給者のみ)</p> <p>5 その他 ()</p> |
|--|