心 身 障 害 児 手 当 認 定 請 求 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 平成　　年　　月　　日　　（満　　　歳） |
| 住　　　所 | 湯浅町大字　　　　　　　　番地　（　　　　　　区） |
| 身体障害者手帳及び療育手帳の番　　号 | 和歌山県（　　　　）第　　　　号（身　障　手　帳）和歌山・　　　　　　第　　　　号（療　育　手　帳）昭和・平成　　　年　　　月　　　日　　　交　　付 |
| 障 害 の 程 度 | 第　　種　第　　級　　　Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２ |
| 障　 害 　名 |  |
| 備　　　考 |  |
| 上記のとおり心身障害児手当の受給資格の認定を請求します。　平　成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞湯浅町長　上　山　章　善　殿 |
| 　認定※　　平成　　年　　月　　日　却下 | ※認定児童数　　人 | ※認定・却下番号第　　　　号 |

※印は、記入しないで下さい。