

# 柏市福祉手当支給申請書

令和 年 月 日

柏市長 　　　　　 あて 　　　　　 住所： \_\_\_\_\_  
 申請者 　　　　　 氏名： \_\_\_\_\_  
 対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

柏市福祉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

|        |                    |                               |           |                 |                                |  |
|--------|--------------------|-------------------------------|-----------|-----------------|--------------------------------|--|
| 対      | 氏名                 |                               |           | 生 年             | 年 月 日生                         |  |
|        |                    |                               |           | 月 日             |                                |  |
| 象      | 住所                 | 〒 _____ 電話番号( _____ )         |           |                 |                                |  |
|        | 身障手帳番号             | 第 _____ 号                     | 身障手帳等の発行日 | 年 月 日           |                                |  |
| 者      | 療育手帳番号             | 第 _____ 号                     | 療育手帳等の発行日 | 年 月 日           |                                |  |
|        | 精神手帳番号             | 第 _____ 号                     | 精神手帳等の発行日 | 年 月 日           |                                |  |
| 者      | 身障障害区分             |                               |           | 身障障害程度          | 級 種                            |  |
|        | 療育障害程度             |                               |           | 精神障害程度          | 級                              |  |
| 者      | 障害等の状態             | 1 常にねたきり 2 ねたり起きたり 3 ねたきりでない  |           |                 |                                |  |
|        | 常にねたきり<br>なった原因    |                               |           | 常にねたきり<br>なった時期 | 年 月頃                           |  |
| 者      | 現在の状況              | 1 働いている 2 在宅 3 病院に入院中 4 施設に入所 |           |                 |                                |  |
|        | 入所施設又は<br>入院している病院 |                               |           | 入所又は<br>入院期間    | 自 _____ 年 月 日<br>至 _____ 年 月 日 |  |
| 介護をする人 | 氏名                 | 対象者との続柄( _____ )              |           |                 |                                |  |
| 扶養者    | 氏名                 | (フリガナ)                        |           |                 | 対象者との続柄( _____ )               |  |
|        |                    |                               |           |                 | 職業( _____ )                    |  |
| 扶養者    | 住所                 | 電話番号( _____ )                 |           |                 |                                |  |
| 振込み先   | 金融機関名              | 銀行                            |           |                 | 支店 _____                       |  |
|        | 口座番号               | (普通) _____                    |           |                 |                                |  |
|        | 口座名義               | (フリガナ) _____                  |           |                 |                                |  |

(注) 添付書類 (ねたきり障害者の場合) 所定の医師の診断書

## 同意書

柏市福祉手当の利用及び受給資格確認に必要があるときは、この申請書に記載された内容について、各機関へ照会を行うこと、公簿等により課税状況、住民票、収入状況及び身体状況について確認すること及びこの申請書に基づくサービス以外の柏市の事業について個人情報を利用することについて同意します。