

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

多可町長 様

無年金外国籍障害者等福祉給付金支給申請書

多可町無年金外国籍障害者等福祉給付金支給要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者氏名	ふりがな 電話番号 () — ㊟		
生年月日			
現住所			
公的年金等 受給状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 無し ・ 有り(_____年金 記号番号_____) 		
振込銀行名	_____銀行・信用金庫・農協_____支店		
口座番号	普通・当座	番号	名義
手帳の所持 状況	身体障害者手帳	療育手帳	精神保健福祉手帳
	手帳有無 ・有 ・無 手帳番号 兵 _____ 交付年月日 _____年 月 日 障害等級 _____種 _____級 障害名 _____	手帳有無 ・有 ・無 手帳番号 兵 _____ 交付年月日 _____年 月 日 判定 A B1 B2 _____ 次期判定 _____年 月 日	
該当要件	[該当するものに○印を記入] ・多可町無年金外国籍障害者等福祉給付金支給要綱第3条第1号に該当 ・多可町無年金外国籍障害者等福祉給付金支給要綱第3条第2号に該当		

(以下は記入不要)

審査	資格要件 適・否(要綱第3条第1号/要綱第3条第2号) 障害要件 適・否(身障1、2級/療育A/精神1級 [初診 _____年 月 日]) 公的年金 適・否(年金種別_____受給年額_____) 所得制限 適・否(国民年金法施行令に基づく前年所得_____円) 生活保護 有・無(受給開始日 _____)
支給額	全額支給(月額 _____円) 部分支給(年額 _____円)
支給開始	_____年 月