

様式第1号(第5条関係)

重度心身障害福祉年金支給申出書

次のとおり、伊那市重度心身障害福祉年金の支給を受けたいので申し出ます。
 また、支給対象者の課税状況及び公的年金等受給状況を市担当者が閲覧することに同意します。

障害者の 状 況	住 所				
	(ふりがな) 氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日生 (歳)	
	障 害 区 分	級 (視覚・聴覚・肢体・内部障害・精神・知的・その他)			
	現 在 の 居 所	自宅 ・ 病院(病院名)			
	介 助 の 要 ・ 否	食 事	要 (見守り・一部介助・全介助)・ 否		
		排 泄	要 (見守り・一部介助・全介助)・ 否		
		衣服の着脱	要 (見守り・一部介助・全介助)・ 否		
		室 内 移 動	要 (見守り・一部介助・全介助)・ 否		
その他参考事項					
平成 年 月 日					
申出者住所_____					
障害者との続柄_____ 氏 名_____ 印					
(あて先)伊那市長					

適 否 判 定	第一種障害者		第二種障害者		第三種障害者	
	非該当		(理由)			