

様式第1号（第2条関係）

長野市重度心身障害児福祉年金受給資格認定申請書

年 月 日

長野市長 様

申請者（保護者） 住 所  
氏 名  
連絡先（電話）

長野市重度心身障害児福祉年金条例第4条の規定による受給資格の認定を受けたいので申請します。

障 害 児	フリガナ			保護者との 続柄		
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性 別	男・女
	手 当	特別児童扶養手当	1 受給している（ 級） 2 受給していない			
		障害児福祉手当	1 受給している 2 受給していない			
	身体障害者手帳	1 有	手帳番号	第	号	級
		2 無	交付年月日	年	月	日
療育手帳	1 有	手帳番号	第	号	障害程度 A・B	
	2 無	交付年月日	年	月	日	
支払希望金融機関 (保護者名義)	銀行・信金 農協	支店 支所	口座番号			
			口座名義人 (カナ)			