

住 所 猪苗代町 字 _____
 申請者 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____ — _____

下記により、重度心身障害児童扶養手当の受給資格について認定してください。

扶 養 す る 児 童	氏 名		生年月日	年 月 日	性別	
	本籍地				申請者との続柄	
	現住所	猪苗代町 字				
	障害名					
	就学の状況					
	参考事項					
特別児童扶養手当受給資格認定番号	第		号			
身体障害者手帳交付番号及び交付年月日	第		号（ 年 月 日交付）			

金融機関名	支 店 名	種 類	口座番号	ふりがな 口座名義人