

平成 年 月 日

猪苗代町長

重度心身障害児童扶養手当受給資格確認申出書

受給者	住 所	〒 9 6 9 - 猪苗代町 字					
	氏 名	Ⓜ		職業		電話番号	
	勤務先					電話番号	
	勤務先住所						
	金融機関名	支 店 名	種 類	口座番号	ふ り が な 口 座 名 義 人		

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確認してください。

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				
	就学先又は勤務先				学年	