

在宅しょうがい者（児）社会参加援助金支給申請書

令和 年 月 日

長浜市福祉事務所長 あて

住 所

申請者

氏 名 (※)

※本人の自署または、記名押印してください。

電 話 ()
(連絡先 氏名 : 続柄 :)

在宅しょうがい者（児）社会参加援助金の支給を申請します。
また、支給決定のため、支給対象者及び支給対象者と同一世帯に属する者の住民登録資料、
税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

支 給 対 象 者	住 所				
	フリガナ		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	氏 名				
身 体 障 害 者 手 帳		手 帳 番 号	第 号 (年 月 日交付)		
		等 級	級		
療 育 手 帳		手 帳 番 号	第 号 (年 月 日交付)		
		程 度			
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳		手 帳 番 号	(年 月 日交付) 有効期限 年 月 日		
		等 級	級		
施設等入所の状況		1 入所していない 2 入所している（施設名 :)			

支給される援助金については、下記の口座に振り込んでください。

振 込 口 座	金融機関名	銀 行 本店・所 金 庫 支店・所 農 協		
	口 座 番 号		預 金 種 目	普通・当座（該当に○）
	口 座 名 義	住 所		
		氏 名	フリガナ	

（注）振込口座は、支給対象者の口座名義に限ります。
※支給対象者（児童の場合は、保護者）が申請してください。

裏面のアンケートにご回答ください。

社会参加援助金にかかるアンケート

今後のしょうがい福祉施策の検討のため、下記アンケートにご協力ください。

回答は個人が特定されないよう統計的な扱いに限定して利用します。

社会参加援助金の対象者について、該当するものに✓をしてください。

[illegible]

その他、ご意見などがあればご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました。