

第 1 号様式（第 2 条関係）

障害者福祉手当支給申請書

令和 7 年 月 日

海老名市長 殿

住 所
申請者 氏 名
電 話 — —
障害者との続柄（ ）

海老名市障害者福祉手当支給条例第 5 条及び同施行規則第 2 条の規定により、
障害者福祉手当の支給を受けたいので申請します。

受給資格者 住：

住 所	海老名市			
氏 名		生 年 月 日	T・S・H・R	年 月 日

障害内容

手帳番号		交付年月日	S・H・R	年 月 日
障 害 名	身体 ・ 知的 ・ 精神	障 害 程 度		

指定受取人（本人口座への振込の場合は記入不要）

住 所			
氏 名		受給資格者との続柄	

振込先

金融機関		支 店 名	支店
口座番号	普・当	名義人(か)	

申請に際し支給要件の審査のため、市民税額を閲覧することに同意します。

同意欄（世帯全員記名）

_____	_____
_____	_____
_____	_____

なお、同意しない場合又は当市で前年の収入状況が分からない場合は、世帯全員の
収入がわかる書類を添付します。