

				受付	年 月 日		係印	
新富町身体障害者特別手当支給認定請求書								
申請者	住 所	宮崎県児湯郡新富町 番地						
	ふりがな		生年月日		年 月 日			
	氏 名		本町の住民 になった日		年 月 日			
該 当 者 が 未 成 年 者 の 場 合	ふりがな		生年月日		年 月 日			
	氏 名		本町の住民 になった日		年 月 日			
	申請者との続柄							
障 害 の 状 況	障害者程度		種 級					
	身障者手帳記号		第 号					
	参考資料							
【誓約・同意事項】 ・支給認定にあたり必要事項の調査に同意いたします。 ・支給決定をした後、申請書や添付書類の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、町が定める期限までに町が申請者に連絡・確認ができない場合は、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。 ・支給後に、支給要件に該当しないことが判明した場合または偽りその他不正の手段により支給を受けた場合は、身体障害者特別手当を返還します。 関係書類を添えて、身体障害者特別手当支給の認定について請求します。 年 月 日 申請者 新富町長 殿								
決 定 伺								
決 裁	町 長	副 町 長	課 長	課長補佐	係 長	係 員		
決 定		認 定		手 当 額		却下理由		
1 認 定		年 月		年額				
2 却 下		から		円				