

様式第1号(第4条関係)

				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 の 場 合 未 成 年 者	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							
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 印</p> <p>新富町長 殿</p>								
決 定 伺								
決 裁	町長	助役	収入役	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				

《該当要件》

\*申請年度の10月1日現在において、公的年金(国民年金, 厚生年金, 共済年金, 障害年金など)を受けていない方

\*新富町の住民となって6ヶ月を経過している方