

様式第1号(第2条関係)

福祉年金支給申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住 所  
氏 名

(続柄 )

次のとおり加東市福祉年金の支給を受けたいので申請します。

年金の種類	1 身体障害者福祉年金 2 知的障害者福祉年金 3 精神障害者福祉年金
-------	-------------------------------------

受給資格者	ふりがな		生年月日	年 月 日	男・女
	氏名		個人番号		
	住所		電話番号		
	住民となった日	年 月 日	( 年)		
	入所施設名		年 月 日入所		

年金を受けるべき理由	身体障害者	手帳交付年月日	年 月 日	障害の等級	
		手帳番号			
	知的障害者	判定年月日	年 月 日	判定	
		手帳番号			
	精神障害者 保健福祉手帳	手帳交付年月日	年 月 日	障害の等級	
		手帳番号			

* 年金額	支給開始年度
円	年度

\*印の欄は、記入しないでください。