

様式第 1 号(第 3 条関係)(用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

長泉町重度身体障害者防災用具購入費助成申請書

年 月 日

長泉町長 様

住 所
申請者 氏 名 (障害者との続柄) 印

長泉町重度身体障害者防災用具購入費助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、助成承認のため、世帯の住民登録資料及び課税資料その他関係資料について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承認します。

申 請 金 額		円			
障害者氏名		生 年 月 日		年 月 日生(歳)	
身 体 障 害 者手帳番号		号 交付年月日		年 月 日	
障 害 名		障 害 等 級		級	
世帯 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	職 業	備 考
防災 用具	名 称				
	規 格				
振 込 先		金融機関名	支 店 名	種 別	口 座 番 号
				普 通 当 座	
		フリガナ			
		口座名義人			