

様式第1号(第6条関係)

加西市無年金外国籍障害者福祉給付金給付申請書

平成 年 月 日

加 西 市 長 様

申請者住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話

加西市無年金外国籍障害者福祉給付金支給要綱第6条(第1項・第2項)の規定に基づき、下記のとおり給付(更新)申請します。

記

フリガナ 申請者氏名			
現住所			
生年月日			
公的年金受給額	年金 (年額		円)
振込銀行名	銀行		支店
口座番号	普・当	フリガナ 名義	

扶養されている方は、扶養義務者の所得証明を添付してください。

福祉部 記入欄	決定 欄	部長	課長	係長	係	支給 年月~ 不支給	
		給付金 年額 (A)		公的年金 受給額 (B)		給付金決定月額 (A-B) ÷ 12	
支給額	420,000円	円		円			
前年度 所得額	円			制限内 制限超	生活保護 受給状況	受給中 無	
支払 状況	7	8	9	10	11	12	
	1	2	3	4	5	6	
備考							