

障害児福祉手当

世帯調書

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 前年中の 収入の有 無 | 勤務先・学校 等 | 自宅電話番号 | 前年中、一 関市に住所 がなかった 方は○印を つけてくだ さい。 |
|----|--------|------|-------------------|-------------|--------|--|
| | (児童本人) | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | 有 ・ 無 | | | |

現況

| | |
|-------|-----------------------------|
| 現在の状況 | (在宅 ・ 施設入所中 ・ 病院入院中 ・ その他) |
| | 入所・入院先 () |

同意書

特別児童扶養手当等の支給に関する法律第37条に基づき、受給者の手当の支給要件の確認のため官公署等に、必要な住民票・課税資料等の書類の提供依頼や閲覧を行うことについて同意します。

年 月 日

住所 一関市

保護者

印

児童氏名

(受給者)

一関市福祉事務所長 様