

様式第1号(第2条関係)

市民福祉年金支給申請書

平成 年 月 日

三木市長 様

申請者 氏 名 _____ ㊟
 電話番号 _____

下記のとおり市民福祉年金の支給を受けたいので申請します。なお、支払いについては、振込みをもって支払通知があったものと認めます。

記

支給を受けようとする年金の種類		<input type="checkbox"/> 身体障害者年金 <input type="checkbox"/> 知的障害者年金 <input type="checkbox"/> 精神障害者年金		
受給資格者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	M T S H 年 月 日
住 所	三木市			
三木市に居住した年月日	年 月 日から			
障 害 名				
手帳交付の日 判定の日	年 月 日			
障 害 程 度	種 級	手 帳 番 号	第 号	
	療育手帳 A ・ B1 判定			
振込金融機関名		種別	受給者口座名義(フリガナ)	口 座 番 号
銀行・金庫・農協		普通 当座 貯蓄		
本店・支店・本所・支所				
ゆうちょ 銀行	通帳記号	通帳番号 (右詰め)		受給者口座名義(フリガナ)
	1 0 の			

備考 この年金の支給は、市内に引き続き1年以上お住まいの方に限ります。
 障害者手帳に有効期限のある方は、更新されないと市民福祉年金を支給停止されます。