

障育

国民健康保険障害児育児手当金支給申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 区長

住所

申請者 氏名


(世帯主)電話 ()

次のとおり障害児育児手当金の支給を申請します。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		40								
障 害 児	氏 名						生年月日	年 月 日		
	被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日		年 月 日				病 名			
	症 状 が 発 現 し た 年 月 日		年 月 日							

振込先	銀 行	<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 30px; display: inline-block;"></div> (支店コード)	種目	普通・当座	口座番号						
			フリガナ								
			口座名義人								
	農 協	支店									

委任状	私は、次の者に障害児育児手当金の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(世帯主)
	住所 氏名	氏名



審査欄	1	出生時から障害児育児手当金支給申請時までの継続した被保険者資格	有	・	無
	2	障害の発現時期(出生後2年以内に限ります。)	合	・	否
	3	先天性(周生期を含みます。)の障害	合	・	否
	4	障害の範囲	合	・	否
	5	障害の程度	1級・2級・3級・4級・否		

判定理由	
------	--

処 理 欄	決 定					審査委員会受付		審査(事務)			
	支給	国保条例 別表第	1 61	2 62	3 63	4 級 64	不支給				
	資格確認		給付記録					審査(判定)		受 付	
	課 長		係 長		係 員		決 裁				
							起	年 月 日			
決							年 月 日				

(注意)

- 1 この申請書は、診断書、母子健康手帳及び国民健康保険被保険者証又は国民健康保険退職被保険者証を添えて提出してください。
- 2 印の欄は、記入しないでください。