

様式第 1 号 ( 第 6 条関係 )

春日市外国人障害者福祉手当支給申請書					
年 月 日					
( 宛先 ) 春日市長					
春日市外国人障害者福祉手当支給要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。					
なお、春日市外国人障害者福祉手当の受給資格等の審査に当たり、住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。					
申請者	住 所	春日市		性別	男・女
	氏 名		国籍		
	生年月日	明・大・昭 ( 西暦 年 ) 年 月 日生 ( 歳 )			
世帯の構成	氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考	
前年の所得状況	氏 名	続 柄	前年所得額 ( 円 )	扶 養 親 族 数	
		本 人			
		配 偶 者			
		扶養義務者			