様式第1号（第2条関係）

該当年金の数字を○で囲んでください。

丸亀市市民福祉年金支給申請書

　　年　　月　　日

丸亀市長　　宛

住所

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は商号又は名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　―

下記のとおり、丸亀市市民福祉年金の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年金の種類  〔　　　　　　　　　〕 | １　障害者年金　　　　　　２　障害児年金  ３　在宅重度障害児年金 | | | | |
| 受給者氏名、生年月日 |  | | | 年　 月　 日 | |
| 住所 | 丸亀市　　　　　町　　　　　番地 | | | | |
| 丸亀市に住み始めた年月日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 障害者　 （児） | 手帳番号 |  | 障害種類・級 | 視聴音肢内知精 | 級 |
| 年金払込希望金融機関 |  | | | | |