高齢者世帯等生活支援給付金支給申請書兼請求書

年　　　月　　　日

和　寒　町　長　様

住　　所

㊞

申請者　氏 　名

電話番号

　私は、高齢者世帯等生活支援給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請し、請求します。また、申請に対し世帯員全員の住民基本台帳、住民税課税状況、身体障害者更生指導台帳等を閲覧することについて同意します。

◎世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | | 生年月日 | | 交付されている手帳等  （交付されている場合にチェック） | |
|  | | | 年 　　月 　　日 | | □身体障害者手帳　□療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳 | |
|  | | | 年 　　月 　　日 | | □身体障害者手帳　□療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳 | |
|  | | | 年 　　月 　　日 | | □身体障害者手帳　□療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳 | |
|  | | | 年 　　月 　　日 | | □身体障害者手帳　□療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳 | |
|  | | | 年 　　月 　　日 | | □身体障害者手帳　□療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳 | |
|  | | | 年 　　月 　　日 | | □身体障害者手帳　□療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳 | |
| 申請及び請求額 | | １０，０００円 | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | | 支店名 | |  |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | | 口座番号 | |  |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

【支給対象世帯】

　①65歳以上の者の属する世帯（高齢者世帯）

　②身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳が交付されている世帯（障がい者世帯）

　③生活保護世帯

　※世帯員全員が令和４年度住民税非課税の世帯

　※子育て世帯生活支援特別給付金を受給していない世帯

提出先　!□住民課お客さま窓口係

□保健福祉センター

　※施設入所の方は対象外となります。