

伊勢市福祉給付金支給申請書

令和 年 月 日

（宛先）伊勢市長

次のとおり、福祉給付金を申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	伊勢市		
	電話番号	— —		
申請者 (窓口に来た方)	※対象者本人が申請する場合は、記入不要です。代理人が申請する場合は、以下記入してください。			
	フリガナ		続 柄 (対象者から見て)	
	氏 名			
	住 所			
電話番号	— —			
障害手帳番号	第 号			
障害等級・障害名	身体障害者手帳1級	療育手帳A1・A2	精神障害者保健福祉手帳1級	
振込先口座 ※本人名義の 普通預金口座	金融機関名			
	支店名			
	口座番号			
	名義人(かた)			

伊勢市福祉給付金の交付に関する審査のため、必要に応じて私（対象者）の世帯の所得金額に関する情報について、伊勢市が保有する課税台帳等により確認することに同意いたします。

氏 名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_