

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当受給資格認定申請書

年 月 日

蒲郡市長 様

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当支給要綱第4条の規定に基づく受給資格の認定を受けたいので、同要綱第7条第1項の規定により申請します。

申 請 者	住 所	蒲郡市			電話	—		
	ふりがな				ふりがな			
	氏 名				日 本 名			
	生年月日	明・大・昭・西暦			年	月	日 (歳)	
	職 業				国 籍			
	日本国(蒲郡市)への外国人登録年月日				年	月	日(年 月 日)	
	永 住 許 可 年 月 日				年	月	日	
	公 的 年 金 等 の 受 給 の 有 無				有 (年金) ・ 無		
	身 体 障 害	身体障害者手帳	手帳番号	号	手帳交付年月日	年	月	日 等級
		傷病が発生した日	年	月	日	初診日	年	月
知 的 障 害	療 育 手 帳	手帳番号	号	手帳交付年月日	年	月	日 判定	
同 居 の 親 族	氏 名	生年月日	受給資格者との続柄	同居別居の別	住 所		職 業	
				同居・別居				
				同居・別居				
				同居・別居				
				同居・別居				
				同居・別居				
支 払 希 望 金 融 機 関	銀行口座等の名義		(ふりがな)					
	銀 行 信 用 金 庫 組 合 ・ 農 協		本店 支店	普通 当座	預金第	号		

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当認定(却下)通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

印

年 月 日付けで申請のあった、蒲郡市在日外国人福祉手当については、次のとおり決定したので通知します。

通知区分	認定 ・ 却下		
認定番号	第 号		
氏名 (日本名)		生年月日	年 月 日
住所			
支給開始年月日	年 月		
支給額	月 額 円		
却下理由			
備考			

注 意 事 項

- 1 この手当は、毎年8月、12月及び4月に、それぞれの前月分まで支払います。
- 2 受給者は、次の場合に該当することになったときは、届出をしてください。
 - (1) 氏名、住所又は銀行の振込口座を変更したとき。
 - (2) 公的年金等を受給するようになったとき。
 - (3) 監獄、労役場、その他これらに準じる施設に拘禁されたとき。
 - (4) 身体障害者や知的障害者、老人ホーム等の社会福祉施設に入所したとき。
- 3 受給者が死亡した時は、受給者の親族が喪失の届出をしてください。

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当支給停止通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

印

次のとおり、在日外国人障害者福祉手当の支給を停止しますので通知します。

認 定 番 号	第 号		
氏 名 (日 本 名)		生年月日	年 月 日
住 所	蒲郡市		
支給停止期間	年 月分から 年 月分まで		
支給停止月額	円		
支給停止をした理由			
備 考			

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当支給停止解除通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

印

次のとおり、在日外国人障害者福祉手当の支給停止を解除しますので通知します。

認定番号	第 号		
氏名 (日本名)		生年月日	年 月 日
住所			
支給開始年月	年 月分から		
支給月額	円		
理由			

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当受給資格喪失届

年 月 日

蒲郡市長 様

届出者 住 所

氏 名

次のとおり、在日外国人障害者福祉手当の支給要件に該当しなくなりましたので届出します。

認 定 番 号		第	号
受 給 者	氏 名 (日 本 名)		
	住 所		
支給要件に該当 しなくなった理由		1	蒲郡市外に転出したため
		2	公的年金等を受けることになった (年金の種類 年金額 円)
		3	社会福祉施設に入所したため (施設名 所在地)
		4	監獄、その他これに準ずる施設などに拘禁されたため
		5	生活保護法による保護を受けるようになったため
		6	死亡したため
		7	その他の理由
理由の発生日			

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当受給資格喪失通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

印

次のとおり、在日外国人障害者福祉手当の受給資格が喪失しました。

認定番号	第 号		
氏名 (日本名)		生年月日	年 月 日
住所	蒲郡市		
喪失年月日	年 月 日		
喪失した理由			
備考			

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当未支給請求書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

次のとおり、蒲郡市在日外国人障害者福祉手当支給要綱第11条の規定に基づき、在日外国人福祉手当の未支給分を請求します。

死亡した受給者	認定番号	第 号			
	住所	蒲郡市			
	(ふりがな) 氏名		(ふりがな) (日本名)		
	死亡した年月日	年 月 日			
請求者	住所				
	(ふりがな) 氏名		受給者との 続柄		
	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	請求金額	円			
	支払希望 金融機関	銀行口座等の 名 義	(ふりがな)		
	銀 行・組 合 本 店 普 通 預 金 号 信用金庫・農 協 支 店 当 座				

配偶者	子	父母	孫	祖父母	兄弟姉妹
いる・いない	いる・いない	いる・いない	いる・いない	いる・いない	いる・いない

蒲郡市在日外国人障害福祉手当受給資格変更届

年 月 日

蒲郡市長 様

住 所

氏 名

電 話 ー

次のとおり、住所・氏名・金融機関・手帳の等級が変更しましたので届出いたします。

認定番号		第		号		
変 更 事 項	住 所	新	蒲郡市			
		旧	蒲郡市			
	氏 名	新	ふりがな	日 本 名	ふりがな	
		旧	ふりがな		ふりがな	
	振 込 先	新	銀行・組合	本 店	普通	口座番号
			信用金庫・農協	支 店	当座	口座名義人
		旧	銀行・組合	本 店	普通	口座番号
			信用金庫・農協	支 店	当座	口座名義人
	手帳の 等 級	新	交付年月日	年	月	日
		旧	交付年月日	年	月	日

蒲郡市在日外国人障害者福祉手当返還請求書

年 月 日

様

蒲郡市長

印

在日外国人障害者福祉手当支給要綱第15条に基づき、次のとおり、手当の返還を請求します。

認定番号	第 号		
氏名 (日本名)		生年月日	年 月 日
住所	蒲郡市		
返還請求額	円	年 月分 から	年 月分 まで
返還の理由			

