

特別障害者手当
障害児福祉手当 受給証明願
経過福祉手当

令和 年 月 日

吹田市長 宛

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

受給資格者との続柄 ()

電話 _____

特別障害者手当
次の受給資格者の 障害児福祉手当 受給証明書を交付願います。
経過福祉手当

受給資格者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 吹田市		
使用目的				
提出先				