

様式第 1 号

西尾市在日外国人福祉手当金支給申請書

年 月 日

西尾市長様

西尾市在日外国人福祉手当金の支給を受けたいので、同要綱第4条第1項の規定により申請します。

申請者 受給資格者	住所	西尾市 町		番地	電話	—		
	氏名	ふりがな		日本名	ふりがな 印			
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)						
	職業		国籍		所得額	円		
	西尾市への外国人登録年月	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	身体障害者手帳番号	手帳交付年月日			傷病が発生した日		
		号	年 月 日			年 月		
	知的障害	療育手帳番号	手帳交付年月日			判定		
号		年 月 日						
家族及び同居の親族	氏名	生年月日	受給資格者との続柄	同居又は別居	住所	職業	所得額	
				同別				
				同別				
				同別				
				同別				
				同別				
振込希望	銀行口座等の名義							
金融機関	銀行・信用金庫		普通		店 第 号			
	組合・農協		当座					