



(申請先)  
横浜市

国民健康保険障害児育児手当金支給申請書

年 月 日

長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
(世帯主)

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり障害児育児手当金の支給を申請します。

被保険者証 記号・番号	40				
障 害 児	氏 名			生年月日	
	被保険者資格 取得年月日	年	月	日	病 名
	症状が発現 した年月日	年	月	日	

振 込 先	銀 行	<input type="text"/>	種目	普通・当座	口座番号	<input type="text"/>
	信用金庫	<input type="text"/> (支店コード)	口座名義人		カタカナでご記入ください。	
	農 協	支店				

委 任 状	私は、次の者に障害児育児手当金の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(世帯主)
	住所	
	氏名	氏名 <span style="float: right;">(印)</span>

※ 審 査 欄	1 出生時から障害児育児手当金支給申請時までの継続した被保険者資格	有	無
	2 障害の発現時期(出生後2年以内に限りませう。)	合	否
	3 先天性(周生期を含みます。)の障害	合	否
	4 障害の範囲	合	否
	5 障害の程度	1級・2級・3級・4級	

※ 判定理由			
-----------	--	--	--

※ 処 理 欄	決 定				審査委員会受付	審査(事務)	
	支給	国保条例 別表第	1 級 <input type="text"/>	2 級 <input type="text"/>	3 級 <input type="text"/>	4 級 <input type="text"/>	不支給
	支給日入力	端末入力	資格確認	審査(判定)	受 付		

(注意) 1 この申請書は、診断書、母子健康手帳及び国民健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
2 ※印の欄は、記入しないでください。