様式第1号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 舟橋村心身障害者年金受給資格認定申請書 | 受付印 |
|  |
| 心身障害者氏名 | （ふりがな） |
|  |
| 生年月日 | 明大昭　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  |
| 保護者の居住年月日 | 明大昭　　　年　　　月　　　日 |
| 心身障害者と保護者との関係 |  | 同居・別居 |
| 身体障害者 | 手帳番号及び等級 |  | 種　　　級 |
| 傷害名 |  |
| 知的障害者 | 知能指数 |  |
| 判定医師名 |  |
| 備考 |  |
| 上記のとおり舟橋村心身障害者年金受給資格の認定について関係書類を添えて申請します。　　年　　月　　日申請者（保護者）住所　富山県中新川郡舟橋村　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　舟橋村長　　　　　殿 |