

様式第1号（第5条関係）

倉敷市在日外国人障害福祉金支給（更新）申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 宛

申請者 氏名

下記のとおり、倉敷市在日外国人障害福祉金支給要綱第5条第1項の規定に基づき、支給（更新）申請します。

記

住 所	〒 電話 ( ) 倉敷市		
ふりがな	印	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日
氏 名			
ふりがな	印	申請者との 続 き 柄	本 人
通称名*			
住民となった 年 月 日	□ 明治 □ 大正 年 月 日 □ 昭和		
金融機関	□ 銀行 支店名 □ 農業協同組合 □ 信用金庫 □ ( )		
預金種目	□ 普通（総合） □ 当座 □ その他		
口座番号	フリガナ 口座名義		

\* 通称名があれば記入してください。

氏名欄の印は、氏名及び通称名どちらか一方でもかまいません。