

第 1 号様式（第 5 条関係）

外国人重度障害者福祉手当支給申請書				
年 月 日				
(宛先) 春日井市長				
申請者 住 所 氏 名 受給者との続柄 電 話				
次のとおり外国人重度障害者福祉手当の支給してください。なお、支給要件に必要な所得に係る公簿の閲覧及び公的年金等の受給に関する資料の提出について社会保険事務所等に依頼することについては、所定の権限を春日井市長へ委任します。				
受給資格者	住 所	電 話		
	フリガナ氏 名		フリガナ通称名	
	性 別		生年月日	
	国 籍		外国人登録年月日	
公的年金等の受給の有無				
身体障害者手帳	手帳番号			
	等 級		交付年月日	
療育手帳	手帳番号			
	判定区分		交付年月日	
支払金融機関	金融機関名		預金種類	
			口座番号	
	フリガナ口座名義			

外国人重度障害者福祉手当支給決定（却下） 通知書

第 号  
年 月 日

春日井市長 印

年 月 日付けで申請のありました外国人重度障害者福祉手当の受給資格については、次のとおり決定しましたので通知いたします。

受給者氏名		通称名	
受給者生年月日		性 別	
受給者住所			
認定の可否			
認定番号			
支給開始年月			
支給額			
支払金融機関名			
口座種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
備 考			

外国人重度障害者福祉手当支給停止通知書

第 年 月 日

春日井市長 印

次のとおり外国人重度障害者福祉手当の支給を停止いたします。

受給者氏名		通称名	
受給者生年月日		性 別	
受給者住所			
認定番号			
支給停止期間			
支給額			
支給停止理由			
備 考			

外国人重度障害者福祉手当支給停止解除通知書

第 号  
年 月 日

春日井市長 印

次のとおり外国人重度障害者福祉手当の支給停止を解除いたします。

受給者氏名		通称名	
受給者生年月日		性 別	
受給者住所			
認定番号			
支給開始年月			
支給額			
停止解除理由			
備 考			

外国人重度障害者福祉手当受給資格喪失届

年 月 日

（宛先）春日井市長

届出者 住 所  
氏 名  
受給者との続柄  
電 話

次のとおり外国人重度障害者福祉手当の受給資格を喪失します。

受給者対象者		通称名	
受給者生年月日		性 別	
受給者住所			
認定番号			
喪失年月日			
喪失理由			
未支払手当額			
備 考			

外国人重度障害者福祉手当未支給手当支給請求書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請者 住 所  
氏 名  
受給者との続柄  
電 話

次のとおり外国人重度障害者福祉手当の未支給手当の支給を請求いたします。

※認定番号			支給状況		
受給者	住 所				
	フリガナ 氏 名		フリガナ 通称名		
	性 別		生年月日		
喪失年月日					
喪失理由					
未支給手当受取人	住 所				
	フリガナ 氏 名			受給者との続柄	
受取金融機関	金融機関 名			預金種類	
				口座番号	
	フリガナ 口座名義				
備 考					

外国人重度障害者福祉手当変更届				
年 月 日				
(宛先) 春日井市長				
申請者 住所 氏 名 受給者との続柄 電 話				
次のとおり（1 氏名 2 住所 3 金融機関）が変更になりました。				
※認定番号			支給状況	
住 所				
フリガナ 氏 名			フリガナ 通称名	
性 別			生年月日	
喪失年月日				
喪失理由				
未支給 手当受取人	住 所			
	フリガナ 氏 名		受給者との続柄	
受取金融機関	金融機関 名		預金種類	
			口座番号	
	フリガナ 口座名義			
備 考				

外国人重度障害者福祉手当返還通知書

第 号  
年 月 日

春日井市長

次のとおり外国人重度障害者福祉手当の返還を請求いたします。

受給者氏名		通称名	
受給者生年月日		性 別	
受給者住所			
認定番号			
返還期間			
返還額			
返還理由			
備 考			