

〔家族構成〕			
続柄	氏名	※該当される障害等級に ○をつけてください。	※児童扶養手当証書の 発行を受けている方は ○をつけてください。
世帯主		1. 身体障害 1級 2級 2. 療育手帳 ㊤ A 3. 精神障害 1級	
		1. 身体障害 1級 2級 2. 療育手帳 ㊤ A 3. 精神障害 1級	
		1. 身体障害 1級 2級 2. 療育手帳 ㊤ A 3. 精神障害 1級	
		1. 身体障害 1級 2級 2. 療育手帳 ㊤ A 3. 精神障害 1級	
		1. 身体障害 1級 2級 2. 療育手帳 ㊤ A 3. 精神障害 1級	
住所	桶川市		
	電話番号（ ）		
【添付書類チェックリスト】 ☐ 世帯員全員分の住民票（直近3ヶ月以内に取得） ☐ 令和7年度非課税証明書（直近3ヶ月以内に取得・16歳以上の世帯員全員分） ☐ 条件を証明する書類（障害手帳の写し・児童扶養手当証書の写し）			
上記のとおり、生活援護品支給事業に申請いたします。			
社会福祉法人桶川市社会福祉協議会会長			
令和 年 月 日			
世帯主氏名 _____			

事務局処理欄					
【受理日】	課長	副課長	係長	主任	担当
R / /					