

様式第1号（第4条関係）

入間市知的障害者総合補償制度保険料助成申請書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との続柄

入間市知的障害者総合補償制度保険料の助成に関する要綱第4条の規定により、
助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	氏 名		生年月日	
	住 所			
	手帳番号	埼玉県 第 号	総合判定	
	交 付 日	年 月 日	交付 再交付	
課税状況		課税 ・ 非課税		
保険加入年月日	年 月 日	支払保険料	円	

下記口座に振込みを依頼します。

申 請 金 額	円					
振 込 先	振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 支店					
	預金の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
	口座番号						
	フリガナ					
	口座名義人					

※添付書類：加入保険の内容が分かる書類及び領収書
非課税である場合は市町村民税非課税証明書又は同意書（様式第2号）