

在日外国人高齢者給付金支給申請書

令和 年 月 日

大阪市長 様

申請者

氏名	(電話番号)
----	---------

在日外国人高齢者給付金支給要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

(・太枠の中をご記入ください。・該当するものの口にしを付けてください。)

住 所	大阪市 区		
フリガナ 申請者氏名	(通称名)		
生 年 月 日	明・大・西暦 年 月 日		
外国人登録日	昭 年 月 日	登 録 番 号	
	帰化した方 帰化年月日 昭・平・令 年 月 日	○	
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
公的年金受給の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
外国人心身障がい者給付金	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
老人ホーム入所	<input type="checkbox"/> 入所していない	<input type="checkbox"/> 入所している	
他の市町村で同様の給付金	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
連 絡 先	氏名	電話 番号	
	住所	申請者との 続柄	
振 込 先	金融機関名	支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義		

※この欄には記入しないでください。

審 査	登録・生年月日	生 保	年 金	決 裁 欄	課長	課長代理	担当係長	係員
	該当・非該当	有・無	有・無					
	心身給付	入 所	所得制限					
	有・無	有・無	以下・超過					
決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 支 給(年 月分～) <input type="checkbox"/> 不支給(理由:)							