

太枠内を記入又は○印してください。

受付 令和 年 月 日

特別障害者手当認定請求書

(あて先) 沼津市長

令和 年 月 日

氏名

関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。(障害がある人との続柄)

① (フリガナ) 氏名 (性別・年齢)			②生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	(男・女) (満 歳)		④個人番号
(障害がある)人	③住所	沼津市 (電話 - -)	
他制度の適用・障害名等	⑤公的年金等 (障害・老齢・遺族年金他)の 受給状況	1 受給している } 2 支給停止されている } 3 申請中 } 4 受給していない }	年金の種類 証書記号番号 () () () () () ()
	⑥障害者手帳の 所持状況	1 身体障害者手帳 (有・無・申請中・等級変更中) 等級 級 交付番号 号 交付日 年 月 日	
	障害の状態	2 療育手帳 (有・無・申請中) 判定 A・B 交付番号 号 最終判定日 年 月 日	
居住の状況等	⑦⑧施設・病院 等への入所・入院 状況	1 (入所・入院)している } 2 (入所・入院)する予定 } 3 (入所・入院)していない }	(施設・病院名) (年 月 日から・予定)
	⑨その他 (転入前の住所等)		
障害がある人の 預金口座	銀行	支店所	口座番号 (普通・当座)
	信用金庫	本店	
	協同組合	出張所	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します			

※ここから下は記入をしません

認定	令和 年 月 日	審	施行令第1第2項第 号 (該当・非該当)
却下	(支給開始 令和 年 月)	査	令別表第 号、第 号、第 号
転入	(令和 年 日 日 転入)	事	日常生活動作・日常生活能力・安静度 点
所得	支給停止 無・有 (/ ~ /)	項	将来再認定 無・有 (年 月)

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。◎字は楷書ではっきり書いてください。

(裏 面)

注 意

- 1 ⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、() 内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類（障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等）を具体的に記入してください。「公的年金等」を二つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
- 2 ⑥の欄は、身体障害者手帳等の所有の有無について、該当するものを○で囲んでください。
なお、手帳を所有している場合は、() 内にその内容を記入してください。
- 3 ⑦⑧の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所しているか又は病院若しくは診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。
なお、入所又は入院しているときは、() 内に施設名又は病院名と、入院した年月日を記入してください。
- 4 ⑨の欄は、住所地を変更したために新たに受給資格の認定をする場合において、変更前の住所を記入してください。

公 的 年 金 等

- イ 福祉手当
- ロ 国民年金
- ハ 厚生年金保険の年金
- ニ 船員保険の年金
- ホ 恩給
- へ 国家公務員共済組合の年金
- ト 条例による地方公務員の年金
- チ 地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
- リ 日本私立学校振興・共済事業団の年金
- ヌ 農林漁業団体職員共済組合の年金
- ル 国会議員互助年金
- ヲ 日本製鉄八幡共済組合の年金
- ワ 執行官の恩給
- カ 旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が支給する年金
- ヨ 戦傷病者、戦没者遺族の年金または給与金
- タ 未帰還者の留守家族手当
- レ 労働者災害補償制度の年金
- ソ 国家公務員災害補償制度の年金
- ツ 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
- ネ 地方公務員災害補償制度の年金
- ナ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当