

太枠内を記入又は○印してください。

受付 令和 年 月 日

障害児福祉手当認定請求書

(あて先) 沼津市長

令和 年 月 日

氏名 _____

関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。 (障害をもつ人との続柄)

る 認 定 を 受 け よ う と す 人	① (フリガナ) 氏名 (性別・年齢)		②生年月日 平成・令和 年 月 日
		(男・女) (満 歳)	④個人番号
	③ 住所	沼津市 (電話 - -)	
他 制 度 の 適 用 ・ 障 害 名 等	⑤ 障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	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 }	年金等の種類 () 証書記号番号 ()
	⑥障害者手帳の所持状況	1 身障手帳 (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	⑦施設等への入所	1 入所している } 2 入所する予定 } 3 入所していない }	(施設名 _____) (入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日から・予定)
	⑧その他 (転入前の住所等)		
障害がある人の 預金口座		銀行 信用金庫 協同組合	支店所 本店 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 却下 転入 所得	令和 年 月 日 (支給開始 令和 年 月) (令和 年 日 日 転入) 支給停止 無・有 (/ ~ /)	審 査 事 項	施行令第1第1項 (該当・非該当) 令別表第1の第 号 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、特別児童扶養手当、障害基礎年金等他の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを○でかこんでください。
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に具体的に記入してください。
- 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、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。
- 3 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に収容され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、収容されているときは、()内に施設の種類を記入してください。
- 4 ⑧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。