

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

**申請者の情報を記入してください。**

(あて先) 沼津市長

令和 ○年 ○月 ○日

**マイナンバーカードや住民票に記載されている、12桁の個人番号を記入してください。**

氏名 ○○ ○○

を請求します。(障害をもつ人との続柄 父)

認定を受けようとする人(障害がある)

① (フリガナ) 氏名 (性別・年齢)	○○ ○○	② 生年月日	平成・令和 ○年 ○月 ○日
	○○ ○○	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 <b>受給していない</b>	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 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ ) (等級 ○ 級 交付番号 ○○○○○○ 号 交付日 令和○年 ○月 ○日) 2 療育手帳 ( 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 申請中 ) (判定 A ・ B 交付番号 号 最終判定日 年 月 日)	<b>公的年金を受給している場合、すべて記入してください。</b>

**障害者手帳を所持している場合、すべて記入してください。**

**診断書等に記載の障害名を記入してください。**

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 <b>入所していない</b>	(施設名 ) (入所日 年 月 日から・予定 )
⑧ その他 (転入前の住所等)	<b>施設に入所済・予定の場合、記入してください。</b>	

障害がある人の預金口座

銀行	支店	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

**受給資格者(障がい者)名義の預金口座の情報を記入してください。**

却下	(支給開始 令和 年 月)	審査	当・非該当)
転入	(令和 年 日 日 転入)	事項	令別表第1の第 号
所得	支給停止 無・有 ( / ~ / )		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。