

記入例

心身障害者福祉手当受給申請書

20歳以上

○年 △△月 ××日

・ 飾区長 あて

下記のとおり心身障害者福祉手当 (A) B (外出支援分) の申請をいたします。

心身障害者福祉手当の申請及び継続資格の確認にあたり、障害福祉課長が、私及び世帯員の住民税課税台帳等による所得状況の確認および心身障害者福祉手当の受給資格について必要な情報の提供を受けることに同意します。

障害のある方
本人

障害のある方
以外が申請書
を記入する場
合は、記入し
てください。

該当する箇所
にチェックし
てください。

転入の場合は、
所得状況確認
のため、今年
の1月1日の住
所を記入して
ください。

申請者	住 所	・ 飾区 立石5-13-1		電話・FAX	03-0000-0000		
	氏 名	(フリガナ)	カツシカ タロウ	個 人 番 号	生 年 月 日		
		葛 飾 太 郎		*****	大・ 昭 ・平・令 (△△歳)		
					×年 ○○月 △△日		
申請者が20歳未満の場合は保護者氏名	(フリガナ)		個 人 番 号	続 柄			
				父・母			
				その他 ()			
	(フリガナ)		個 人 番 号	続 柄			
届出者	住 所	[申請者と別住所の場合、記入してください。]		電話・FAX			
	氏 名	(フリガナ)	カツシカ ハナコ	申請者との続柄	父・母・夫 妻		
		葛 飾 花 子		その他 ()			
手帳	1 身体障害者手帳	都道府県	級	昭・平・令			
	2 愛の手帳				年 月 日		
	3 戦傷病者手帳						
	□ 脳性まひ						
申請事由	□ 進行性筋萎縮症						
	□ 手帳取得	□ 20歳到達	□ 所得制限内	□ その他 ()			
	□ 転入 (年 月 日 転入)		前住所 (都道府県 区市町村)				
	1月1日の住所 (1月から7月中の申請は前年、8月から12月中の申請は今年)		□ 同上	□ その他 (都道府県 区市町村)			
振込先	フリガナ	カツシカ タロウ	銀行	本店	口座番号		
	口座名義	葛 飾 太 郎	信用金庫	普通	* * * * *		
			信用組合	支店	* * * * *		
			協同組合	通	* * * * *		

職員事務処理欄

児童育成障害手当	無	有 ()	□精神手当	無	有 ()
難病患者福祉手当	無	有 ()	□65歳未満手帳資格	□H12年7月受給資格	
所得状況	続柄	総所得額	扶養人数	合計控除額	控除後所得額
					課税状況
					課税非課税
					課税非課税
決定日 令和 年 月 日					
上記の申請について 認定・却下 し、通知することとした。					
課長	係長	係員	住記個人番号	申請処理	決定通知
事業決定番号					備考
					□定例 □随時 (年 月)
					年 月 ~ 年 月 分
番号確認	1 個人番号カード	2 通知カード	3 住民票の写し	4 住民基本台帳の確認	5 その他 ()
身元確認	1 個人番号カード	2 身体障害者手帳	3 在留カード	4 運転免許証	5 精神保健福祉手帳
	6 愛の手帳	7 その他 ()	8 その他 ()	9 委任状	10 戸籍謄本
				11 住基確認	