

心身障害者福祉手当受給申請書

・ 飾区長 あて

年 月 日

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。

申請者	住 所	・ 飾区		電話・FAX			
	氏 名	(フリガナ)	個 人 番 号		生 年 月 日		
					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			
				父・母 その他（ ）			
届出者	住 所	[申請者と別住所の場合、記入してください。]					
	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄		父・母・夫・妻 その他（ ）		
手帳	1 身体障害者手帳 2 愛の手帳 3 戦傷病者手帳 ☐ 脳性まひ ☐ 進行性筋萎縮症	都道府県 第 号	障害 程度	級 度 項 症	交 付 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
		障害名					
申請事由	☐ 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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店	普通	口座番号	
	口座 名義						

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、通知することといたしたい。	

課長	係長	係員	住記個人番号	処理欄	申請人力	決定人力	通知出力	通知郵送	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 運転免許証 3 パスポート 4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳 6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他（ ）	委任 確認	1 委任状 2 戸籍謄本 3 住基確認