

記入例

心身障害者福祉手当受給申請書

20歳未満

○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。

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) カツシカ イチロウ	個 人 番 号	続 柄				
	葛飾 一郎		*****	父・母 その他（ ）			
	(フリガナ) カツシカ ハナコ	個 人 番 号	続 柄				
	葛飾 花子		*****	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) カツシカ イチロウ	電話・FAX	申請者との続柄			
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 □ 進行性筋萎縮症						
申請事由	手帳の情報を記入してください。						
	☒ 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 イチロウ	銀行	本店	口座番号			
	口座名義 葛飾 一郎	信用金庫 信用組合 協同組合	△△△ 支店	普通	* * * * *		

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い。								
課長	係長	係員	住記個人番号	申請処理	決定出力	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	身元確認	1 個人番号カード	2 運転免許証	3 パスポート	委任確認	1 委任状	
	2 通知カード		4 身体障害者手帳	5 精神保健福祉手帳	6 愛の手帳		2 戸籍謄本	
	3 住民票の写し		7 在留カード	8 その他（ ）	3 住基確認			
	4 住民基本台帳の確認							
	5 その他（ ）							

障害のある方本人

障害のある方が20歳未満の場合は保護者（扶養義務者）について記入してください。

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。

保護者名義（生計中心者）の振込口座をご記入ください。