

## 障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	① フリガナ氏名			性別	男・女	あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について				
	② 生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳)		⑪ 令和 年分 所得	⑫ 受給資格者	⑬ 配偶者	⑭ 扶養義務者			
	③ 個人番号			⑮ フリガナ氏名						
	④ 住所 (連絡先)	呉市 電話番号 ( )		⑯ 個人番号						
	⑤ 振込口座	金融機関名	支店名	口座番号	⑰ 同居・別居の別 (別居の場合は住所)		同居・別居 ( )	同居・別居 ( )		
他制度の適用状況	⑥ 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 ア 特別児童扶養手当 証書番号 ( ) イ その他 ( ) 記号番号 ( )	⑱ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数) (受給者については㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数, ㉟16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	(㉞) 人 (㉟) 人 (㊱) 人	( ) 人 ( ) 人 ( ) 人	( ) 人 ( ) 人 ( ) 人		
	⑦ 療育手帳	1 あり (程度 ) 2 なし		⑲ 所得額	円	円	円	円		
	⑧ 身体障害者手帳	1 あり (等級 級) 2 なし		障害名 ( )	⑳ 障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	
					㉑ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	
					㉒ 障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例	障・特障・勤 寡・寡特・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・勤 寡・寡特・勤
					㉓		円		円	
				㉔ 社会保険料等相当額	円	80,000 円	円	80,000 円		
				㉕ 控除後の所得額	円	円	円	円		
⑨ 施設への入所の状況	1 入所している (施設名 ) 2 入所していない		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。 また、請求に係る審査または受給資格継続審査に必要な住民基本台帳・所得状況・施設入所等の確認について、私の世帯を含む関係世帯全員の公簿による閲覧や市による関係機関への調査・照会に同意します。							
⑩ 備考			令和 年 月 日 請求者 住所 _____ 氏名 _____ 印 呉市福祉事務所長 様 (電話番号 _____ )							

判定	認定・却下	決定年月日	令和 年 月 日		
		支給開始年月	令和 年 月	支給停止	