

※ 受付

年 月 日

障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	(ふりがな)							男 ・ 女	満 歳
	① 氏名・性別								
	② 生 年 月 日	年	月	日	③ 個人番号				
	④ 住 所	〒 () TEL ()							
他制度の適用状況	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 受給していない	年金等の種類 () 証書記号番号 ()						
	⑥ 身体障害者手帳 及び療育手帳の所有状況	1 身体障害者手帳 番 号 () 等 級 () 障害名 ()	(有・無)	2 療 育 手 帳 番 号 () 程 度 ()	(有・無)				
⑦ 施設への入所状況	1 入所している () 2 していない								
⑧ そ の 他									
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。 令和 年 月 日									
保護者氏名 個人番号 <input type="text"/>									
児童氏名 個人番号 <input type="text"/>									
福知山市福祉事務所長 様									
※認定 却下	令和 年 月 日 (支給開始 令和 年 月 日)	※ 備 考	<input type="checkbox"/> 診断書提出 <input type="checkbox"/> 申立書 (聴覚障害での認定に必要な) <input type="checkbox"/> その他 ()						

◎ この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は障害児福祉手当に係る事務に利用します。

◎ 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。

◎ ※欄は記入しないでください。

上記手当の支払は、口座振替で行いますので下欄に御指定ください。

口座開設 場所及び 預金種別	銀 行 (金庫)	(本)支店	口座 名義	フリガナ
	普通 当座	第		号

(裏 面)

注意

1 ⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当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○で囲んでください。

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、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

3 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に入所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、入所されているときは、()内に施設の種類を記入してください。