

※ 町 村 受 付	年 月 日	※ 支 庁 受 付	年 月 日
-----------------------	-------------	-----------------------	-------------

様式第一号（第二条関係）

## 障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	① (ふりがな) 氏名・性別	(印)		男 女
	② 生年月日	年 月 日	満	歳
	③ 住 所	<input type="text"/> - <input type="text"/> TEL ( )		
他 制 度 の 適 用 状 況	④ 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 ( )	
	⑤ 身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番号 ( ) 等級 ( 級 ) 障害名 ( ) } 2 なし		
⑥ 施設への入所状況	1 入所している ( ) 2 していない			
⑦ 口座振替払の振込先銀行等及び口座番号	( 普通当座 )			
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。 年 月 日 氏名 (印) 様				
※ 認定 却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備考		

- 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。記名押印に代えて署名することができます。
- ※の欄は記入しないでください。

注 意

1 ④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 ⑤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。

なお、手帳を持っているときは、( )内にその内容を記入してください。

3 ⑥の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害児施設等の施設に入所し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、入所しているときは、( )内に施設の種別を記入してください。

④	障害基礎年金	特別児童扶養手当	障害者年金	障害者手当	障害者給付金	障害者手当	障害者給付金	障害者手当	障害者給付金
⑤	身体障害者手帳	療育手帳	障害者手帳	療育手帳	障害者手帳	療育手帳	障害者手帳	療育手帳	障害者手帳
⑥	肢体不自由児施設	重症心身障害児施設	知的障害児施設	障害者施設	障害者施設	障害者施設	障害者施設	障害者施設	障害者施設