

※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) ① 氏 名 ・ 性 別	(個人番号)	男・女
	② 生 年 月 日	年 月 日	満 歳
	③ 住 所	〒 ー ー 白山市 Tel ー ー	
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 年金等の種類 2 支給停止されている (・) 3 申請中 証書記号番号 4 受給していない ()	
	⑤ 身体障害者手帳 の所有状況	番号() 1 あり 等級(級) 2 なし 障害名()	
⑥ 施設への入所状況	1 収容されている() 2 されていない		
⑦ そ の 他			
⑧ 振 込 口 座 (普通預金)	金融機関名・本支店名 銀行 店 所 金庫 農協		口座番号
			名義人
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>白山市福祉事務所長 あて 氏 名 ⑩</p>			
※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。
- ◎ ※は記入しないでください。

注意

1 ④の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的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「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類（障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等）を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。

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下さい。

3 ⑥の欄は、身体障害者療養施設、身体障害者更生施設、知的障害者更正施設、特別養護老人ホーム等の施設に収容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、収容されているときは、()内に施設の種類を記入してください。