

(様式第1号)

※
受付 年 月 日

受理年月日 年 月 日
受理番号 ()

特 別 障 害 者 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							男 ・ 女				
	② 個 人 番 号											
	③ 生 年 月 日	年 月 日						満 歳				
	住 所	④ 現 住 所	須賀川市 TEL ()									
		⑤ 旧 住 所										
他制度の適用状況	⑥ 障害年金、老齢年金、遺族年金等の受給状況	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 () 4 受給していない 証 書 記 号 番 号 () ()										
	⑦ 身体障害(療育)手帳所有状況	身障手帳	番 号 () 1 あり 等 級 (級) 障 害 名 { 2 な し				療育手帳	1 あり { A B 2 な し				
⑧ 施設への入所状況		1 収容されている () 2 収容されていない										
⑨ 病院等への入院状況		1 入院している (令和 年 月 日から) 2 していない										
⑩ 特別障害者手当の支払希望金融機関(本人名義)		関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。										
銀行名		銀行 農協 信用金庫 信用組合		令和 年 月 日								
支店名		支店 出張所		氏 名 ⑩								
科 目 普通・当座		(代書人 ⑩)										
口座番号 ()		須賀川市長様										

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください

※	添付書類	(ア) 戸籍謄本・抄本及び住民票 (イ) 診断書及びX線フィルム (ウ) 特別障害者手当所得状況届		
※	確認	(確認事項) 1 障害基礎年金等の受給状況 有・無 2 身体障害(療育)手帳所有状況 有・無 3 入院等 有・無 (入院先) 上記のとおり確認します。 令和 年 月 日 (確認者) 印		
	認	(確認事項) 施設入所 有・無 (入所先) (確認者) 印		
※	認定・却下	令和 年 月 日 認定却下 (支給開始	※ 備考	

(注意)

- ④の欄は、住所地を変更したため、変更地において新たに特別障害者手当の受給資格の認定を請求する場合のみ変更前の住所を記入して下さい。
- ⑤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、該当するものを記入して下さい。
 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、福祉年金、老齢年金、遺族年金等)を具体的に記入して下さい。
 「公的年金等」を2つ以上受けている時は、それぞれ記入して下さい。
- ⑦の欄は、身体障害者療護施設、身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、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、該当するものを記入して下さい。
 なお、収容されている時は()内に施設の種類の記入して下さい。
- ⑧の欄は病院又は診療所に入院しているかどうかについて該当するものを○でかこんで下さい。
 なお、入院している時は、()内に入院した年月日を記入して下さい。
- この請求書は、原則として請求者が作成することになっておりますが、請求者以外の者が請求書を作成した場合は、請求者の氏名のほかに代書人の氏名を記入し押印して下さい。
- 字はかい書ではっきり書いて下さい。
- ※の欄は記入しないで下さい。
- この請求書について、わからないことがある場合には、市社会福祉課に聞いて下さい。

公 的 年 金 等

イ	福祉手当
ロ	国民年金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩 給
ヘ	国家公務員等共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会、又は旧市町村職員共済組合の年金
リ	私立学校教職員共済組合の年金
ヌ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ	執行官の年金
カ	旧令による共済組合等からの年金受給者のための国家公務員等共済組合連合会が支給する年金
ヨ	戦傷病者、戦没者遺族の年金
タ	未帰還者の留守家族年金
レ	労働者災害補償保険の年金
ソ	国家公務員災害補償制度の年金
ツ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ	地方公務員災害補償制度の年金
ナ	原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づく介護手当