

(様式第2号)

※ 受付 年 月 日

受理年月日 年 月 日
受理番号 ()

障害児福祉手当 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			男・女
	② 個人番号			
	③ 生年月日	平成 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 特別児童扶養手当・障害基礎年金等の受給状況	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 手当の支払希望金融機関 (本人名義)		関係書類を添えて、障害児福祉手当・福祉手当の受給資格の認定を請求します。 年 月 日 氏 名 () (代書人 () 須賀川市長様		
銀行名	銀行 農協 信用金庫 信用組合			
支店名	支店 出張所			
科 目	普通・当座			
口座番号 ()				

◎ 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) 障害児福祉手当・福祉手当所得状況届
※	確認	(確認事項) 1 障害基礎年金等の受給状況 有・無 2 特別児童扶養手当の受給状況 有・無 3 身体障害(療育)手帳所有状況 有・無 4 入院等 有・無 (入院先) 上記のとおり確認します。 年 月 日 (確認者) 印
		(確認事項) 施設入所 有・無 (入所先) (確認者) 印
※	認定・却下	年 月 日 認定 却下 (支給開始 年 月)
	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障害児福祉手当(福祉手当)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、特別児童扶養手当、障害基礎年金等他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、該当するものを記入して下さい。
- ⑦の欄は、身体障害者更生施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設等に收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、收容されている時は()内に施設の種類を記入して下さい。
- 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った場合は、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。