

(表 面)										※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					ふくしま けんた 福島 健太										男・女				
	② 生年月日					平成 28年 1月 1日 令和										満 〇 〇 歳				
	③ 住所					福島市五老内町3番1号 電話番号(024-535-1111)														
	④ 個人番号					3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4														
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 年金等の種類 ② 支給停止されている (特別児童扶養手当) ③ 申請中 証書記号番号 ④ 受給していない (島特 2345678)														
	⑥ 身体障害者手帳等の所有状況					身体障害者手帳 ① あり ② なし 番 号 (福島県 234567) 等 級 (1 級) 障害名 [両上肢機能の著しい障害 両下肢機能の著しい障害] 療育手帳 ① あり A ・ B ② なし														
⑦ 施設への入所状況					① 入所している 入所日 (年 月 日から) 施設名 () ② 入所していない															
⑨ 振込口座					△△ 銀行 金庫 組合										△△△△ 本店 支店・支所 出張所					
					預金種別 普通・当座 口座番号					1 2 3 4 5 6 7										
					口座名義カナ					フクシマ ケンタ										
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 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日 氏 名 福島 健太 (代書人 福島 健一 福 島 市 長																				
※ 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) 障害児福祉手当所得状況届																		
※ 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 身体障害者(療育)手帳所有状 有 ・ 無 4 入院等 有 ・ 無 入院先() 上記のとおり確認しました。 年 月 日 確認者 所属 氏名																		
※ 認定却		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。

◎※の欄は記入しないでください。