

(表 面)

※受付 年 月 日

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	① 氏名・性別 (ふりがな)	ふくしま いちろう										男・女		
	② 生年月日	大正昭和平成令和 20年 1月 1日										満 〇〇 歳		
	③ 住所	福島市五老内町3番1号												
	④ 個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	電話番号(024-535-1111)
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・老齢年金・遺族年金等の受給状況	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 (国民年金・老齢年金) 証書記号番号 (0750-〇〇〇〇〇〇)		
	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 123456) 等 級 (1 級) 障害名 [両上肢機能全廃 両下肢機能全廃] 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													
⑧ 病院等への入院状況	1 入院している 入院日 (年 月 日から) 病院名 () ② 入院していない													
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 イチロウ		
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。														
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日														
氏 名 福島 一郎														
(代書人 福島 花子)														
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) 特別障害者手当所得状況届					
※ 確認事項	1 障害基礎年金等の受給状況 有 ・ 無													
	2 身体障害者(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した。														
年 月 日														
確認者 所属 氏名														
※ 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。

◎字は楷書ではつきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。