

※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											男・女																																													
	② 生 年 月 日	年 月 日										満 歳																																													
	③ 住 所	〒 —																																																							
		電話番号 —																																																							
④ 個 人 番 号																																																									
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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;">1 受給している</td> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td colspan="10">年金等の種類</td> </tr> <tr> <td>2 支給停止されている</td> <td colspan="10">( )</td> </tr> <tr> <td>3 申請中</td> <td colspan="10">証書記号番号</td> </tr> <tr> <td>4 受給していない</td> <td colspan="10">( )</td> </tr> </table>											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	( )									
		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	( )																																																								
⑥ 身体障害者手帳の所有状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;">1 あり</td> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="width: 100px;">番号( )</td> <td style="width: 100px;">種</td> <td style="width: 100px;">級( )</td> <td style="width: 100px;">2 なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td>等級( )</td> <td>障害名( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												1 あり	{	番号( )	種	級( )	2 なし		等級( )	障害名( )																																				
1 あり	{	番号( )	種	級( )	2 なし																																																				
		等級( )	障害名( )																																																						
⑦ 施設への入所状況	1 収容されている ( ) 2 されていない																																																								
⑧ そ の 他																																																									
⑨ 払込を希望する金融機関名 口座番号	(金融機関名)						(支店名)																																																		
	(口座番号)			普通当座 No			(名義人)																																																		
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。  <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin: 10px 0;">氏名</div> (あて先) 秋田県_____福祉事務所長																																																									
※ 認 定 却 下	年 月 日										※備考																																														
	(支給開始 年 月)																																																								

- ◎ 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。

(裏 面)

注意

- 1 ⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の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○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、( )内に具体的に記入してください。
- 2 ⑥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ください。
- 3 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に收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、收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。
- 4 ⑨の欄は、障害児福祉手当の受給資格に該当した場合に、手当額の払込を希望する金融機関名及び本人名義の口座番号を記入してください。