

※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	①	(ふりがな) 氏名・性別					男・女
	②	生年月日	年 月 日				満 歳
	③	住 所	〒				
	④	個人番号					
他制度の適用状況	⑤	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 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 () 証書記号番号 ()		
	⑥	身体障害者手帳、 療育手帳 の所有状況	身 障 手 帳	番 号 (等 級 (障 害 名 ()))	療 育 手 帳	番 号 (等 級 (A)・A・B・C)	なし
⑦	施設への入所状況	1 入所している() 2 していない					
⑧	その他						
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>久喜市福祉事務所長 あて</p>							

○ 下記の注意をよく読んでから、太枠欄に記入してください。

※ 認 定 下 却	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備 考	
-----------------------	---------------------	-------------	--

○ ※欄は記入しないでください。

【 注意 】

- 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。
- ⑥の欄は、身体障害者手帳及び療育手帳の所持の有無について、該当する番号等を記入してください。
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。
- ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に入所し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、入所しているときは、()内に施設の種類の種類を記入してください。

(日本工業規格 A列4番)