

※ 受付 年 月 日

障 害 児 福 祉 手 当 認 定 請 求 書

|   |                                       |   |                                    |        |  |          |  |
|---|---------------------------------------|---|------------------------------------|--------|--|----------|--|
| 認<br>定<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>者         | ①（ふりがな）<br>氏名・性別                      |   |                                    |        |  | 男 ・ 女    |  |
|   | ②生年月日                                 | 昭和<br>平成<br>令和                                  |                                    |        |  | 満 歳      |  |
|   | ③住所                                   |   |                                    |        |  | 電話番号     |  |
|   | ④個人番号                                 |   |                                    |        |  |          |  |
| 他<br>制<br>度<br>の<br>適<br>用<br>状<br>況                        | ⑤障害基礎年金・特別児童扶養<br>手当等の受給状況            | 1 受給している<br>2 支給停止されている<br>3 申 請 中<br>4 受給していない | } 年金等の種類<br>( )<br>証書記号番号<br>( )   |        |  |          |  |
|   | ⑥身体障害者手帳の所有状況                         | 1 あり  | { 番 号 ( )<br>等 級 ( 級)<br>障 害 名 ( ) | } 2 なし |  |          |  |
| 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支払希望金融機関   | 銀行<br>信用金庫<br>( )                     | 本店<br>支店<br>出張所                                 | 普通<br>当座<br>( )                    | 口座番号   |  |          |  |
|   | ゆうちょ銀行                                | 記号  |                                    | 番号     |  |          |  |
|   | 口座名義人<br>カナ                           |   |                                    |        |  |          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します |   |                                    |        |  |          |  |
| 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をします。<br>令和 年 月 日<br>氏 名<br>魚津市長 |                                       |   |                                    |        |  |          |  |
| ※<br>認 定<br>却 下   | 年 月 日<br>(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。

(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。
- 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、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。手当の受取口座として、公金受取口座(※)を利用する場合は、「公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックしてください。なお、公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。  
(※) 公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録に関する法律(令和3年法律第38号)第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る口座である公金受取口座をいいます。