

※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	〒 (電話 —)	
	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 ⇒ 年金等の種類 (.) 2 支給停止されている 証書記号番号 (.) 3 申請中 年金等の種類 (.) 4 受給していない 証書記号番号 (.)	
	⑥	身体障害者手帳の所有状況	1 あり 番号() 等級(級) 障害名() 2 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			
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。 年 月 日 氏名 伊勢市厚生福祉事務所長 様				
※ 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。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ ※欄は記入しないでください。

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、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、精神薄弱者更生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、()内に施設の種類を記入してください。